This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Ex Libris

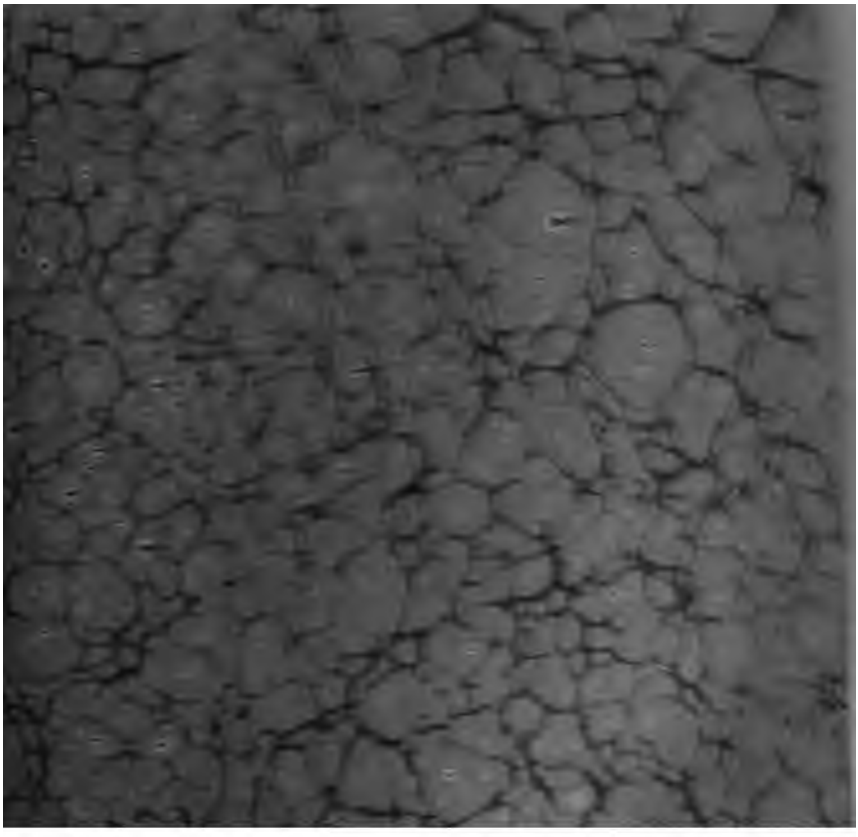
LANE

MEDICAL

LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

And eke with thoughtful mina;
But when returned no pencil marks
Nor dog's ears let me find.



TRAITÉ PRATIQUE

SUR LES MALADIES

DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

TOME TROISIÈME.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

TRAITÉ PRATIQUE

SUR LES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

PAR

LE DOCTEUR CIVIALE.

Troisième édition, considérablement augmentée.

TOME TROISIÈME.

MALADIES DU CORPS DE LA VESSIE

Avec Figures intercalées dans le texte.

LANE MEDICAL LIBRARY
11601
SAN FRANCISCO

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

Londres,
H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

New-York,
BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY.

MADRID. — C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1860

Les éditeurs se réservent le droit de traduction et de reproduction.

LANE LIBRARY

58
860
43

TRAITÉ PRATIQUE

SUR LES MALADIES

DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

MALADIES

DU CORPS DE LA VESSIE.

CHAPITRE PREMIER.

TUMEURS FORMÉES PAR LA VESSIE.

Avant de commencer l'histoire si compliquée et si difficile des états morbides, variés et toujours graves, dont la vessie peut être le siége, je crois nécessaire de fixer l'attention sur des tumeurs que forme parfois ce viscère, et qui, souvent indépendantes d'altération notable de texture, sont susceptibles d'être confondues avec plusieurs des maladies dont j'aurai successivement à m'occuper.

Les saillies anormales constituées par la vessie sont de trois sortes. Les unes dépendent d'un développement irrégulier de l'organe, quand il passe de l'état de vacuité à celui de plénitude. D'autres sont la conséquence d'une hernie de la membrane interne à travers la couche musculeuse, en dehors de laquelle elle fait saillie. Il y en a enfin qui tiennent au déplacement de la totalité ou d'une partie du réservoir de l'urine.

ART. Ier. — DU DÉVELOPPEMENT IRRÉGULIER DE LA VESSIE.

Un grand nombre de faits, dont j'ai consigné la plupart dans le *Traité de l'affection calculeuse*, constatent que la vessie, en se développant par l'accumulation de l'urine, acquiert quelquefois des formes inaccoutumées, qu'il est important de connaître, parce qu'elles peuvent contribuer à obscurcir le diagnostic des maladies du viscère. Cette expansion inégale, que produisent des

causes diverses, mais qui peut aussi dépendre d'un vice de première conformation, a pour résultat qu'au lieu d'être arrondie et régulière, la tumeur qui résulte du développement de la vessie prend une forme ou plus allongée, ou plus aplatie et même bosselée. Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares, ainsi que le constatent les autopsies et les pieces déposées dans les musées d'anatomie morbide. J'en ai rencontré plusieurs dans mes recherches.

A ceux que l'on connaît déjà, j'ajouterai le suivant, qui, tout incomplète que soit son histoire, ne me paraît pas dépourvu d'intérêt.

Un sexagénaire, au teint pâle, au visage altéré, à la constitution générale très affaiblie, est admis dans mon service à Necker, le 19 octobre 1855, se plaignant de ne pouvoir uriner. La vessie s'élevait effectivement jusqu'à l'ombilic; mais au lieu de la forme globuleuse qui lui est habituelle, elle présentait celle d'un cylindre volumineux, tendu, fluctuant, donnant un son mat à la percussion et s'étendant du pubis au-dessus de la cicatrice ombilicale. Mon premier soin fut d'évacuer l'urine; il s'en écoula par la sonde un peu plus d'un demi-litre, et la tumeur s'affaissa, mais sans disparaître entièrement. Près du pubis surtout, elle semblait n'avoir rien perdu de son développement. J'en conclus et je fis remarquer aux médecins qui suivaient la visite, que la rétention d'urine à laquelle je venais de remédier n'était qu'un accident secondaire, et que la vessie devait être le siége de quelque désordre grave, bien que la palpation abdominale et même la pression ne produisissent aucune douleur. Il restait à déterminer s'il s'agissait d'une collection purulente ou autre dans l'épaisseur des parois vésicales, ou d'une dégénérescence de ces mêmes parois. La persistance de la forme allongée de la tumeur et de la densité qu'elle conservait, malgré son affaissement, après le cathétérisme évacuatif, me firent pencher vers cette dernière supposition.

Je me bornai à sonder le malade aussi souvent qu'il éprouvait le besoin d'uriner; à chaque fois on pouvait constater les mêmes particularités; seulement, une forte pression de la tumeur faisait sortir, après l'évacuation ordinaire, un liquide très fétide, mélangé de pus et d'urine.

Malgré tous mes soins, la santé générale, au lieu de s'amélio-

rer par la cessation de la distension vésicale, s'affaiblit rapidement ; des vomissements que rien ne put arrêter survinrent, et le malade succomba le 17 décembre. L'autopsie devait être instructive ; mais, malgré mes instantes recommandations de conserver la pièce pour la prochaine conférence clinique, elle disparut, après avoir été préparée. Ce que je pus apprendre de l'interne chargé de ce soin se borna à ces détails très sommaires, à savoir, que la tumeur allongée, s'étendant du pubis à l'ombilic, était formée par le corps de la vessie, auquel adhéraient l'épiploon et des portions d'intestin avoisinant ; sa base présentait deux renflements qui la faisaient paraître bilobée ; enfin, que l'intérieur de la vessie était de couleur brunâtre, irrégulièrement divisé par des cloisons d'un développement inégal, dirigées en sens divers, et contenait de la matière purulente.

L'observation intéressante fournie par l'ouverture du corps de M. Hood, que je rapporterai plus loin en traitant du fongus de la vessie, offre également un exemple remarquable des développements irréguliers de la poche vésicale dont il est ici question. Du reste, ces dispositions anormales diffèrent de celles qui constituent les cellules en ce que toutes les tuniques de la vessie y participent, tandis que dans ces dernières la muqueuse celluleuse fait en quelque sorte hernie en écartant les fibres musculaires, qui n'existent pas, ou presque pas, à leur surface.

Ainsi déformée, la vessie pleine se porte à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, en bas ou en haut, d'une quantité quelquefois considérable. Mais le plus communément, au lieu d'occuper le milieu de la région hypogastrique, elle se déjette vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

J'ai fait connaître ailleurs l'influence que ces états anormaux, sinon morbides, peuvent exercer tant sur le diagnostic que sur le traitement de l'affection calculeuse. Sans avoir la même importance à l'égard des autres maladies de la vessie, ils doivent cependant être présents à la pensée du praticien, soit lorsqu'il cherche à découvrir la signification des phénomènes qui accompagnent ces diverses affections ; soit surtout lorsqu'il procède aux explorations, et généralement à une quelconque des opérations qui se pratiquent dans la vessie ou les organes voisins. Mais ce n'est le plus souvent qu'après la mort qu'on les reconnaît. Par-

vînt-on à les soupçonner pendant la vie, et même à en apprécier le développement, il serait très difficile de les distinguer des cellules dont je vais m'occuper, ou de quelques autres états morbides que je passerai en revue, et qui produisent ordinairement à la surface externe de la vessie des saillies plus ou moins prononcées. Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, que ces saillies entraînent presque toujours à la face interne du viscère des dépressions, des enfoncements qui ont pour effet de changer la configuration de l'organe, de troubler l'excrétion de l'urine, et surtout de rendre l'exploration de la vessie difficile. Or, ces excavations peuvent être reconnues pendant la vie; et cette connaissance, rapprochée des données que fournit le palper abdominal ou le toucher rectal, met sur la voie d'un diagnostic plus exact.

Est-il besoin de dire que pour procéder méthodiquement à cet examen, il est nécessaire d'avoir bien présente à l'esprit la forme ordinaire de la vessie distendue? Dans le jeune âge, cette forme se rapproche beaucoup de celle d'un ovale terminé en pointe vers le sommet, où s'insère l'ouraque. Plus tard, le sommet s'arrondit en s'élargissant, et l'organe devient en quelque sorte pyriforme, ou ovoïde. Mais cette configuration varie encore selon l'âge du sujet et le degré d'ampliation de la vessie. Chez l'adulte, le bas-fond est susceptible de s'élargir beaucoup, et dans l'homme il occupe la plus grande partie de l'excavation pelvienne, où il se trouve soulevé par l'intestin rectum, qui, lorsqu'il est rempli, fait notablement saillie à sa face interne. Chez le vieillard, le bas-fond est plus déprimé, et forme une cavité d'autant plus profonde que le corps de la prostate est plus volumineux, et que le rebord postérieur du trigone fait une saillie plus considérable.

Chez la femme, la vessie a plus d'étendue d'un côté à l'autre que d'avant en arrière, sens dans lequel elle se trouve aplatie par la matrice et ses annexes; de sorte qu'en certains cas, il y a véritablement deux bas-fonds, qu'on distingue très bien avec la sonde. Ces particularités disparaissent dans l'état de vacuité, ou du moins sont rarement appréciables. La forme qu'affecte alors la vessie ne saurait être déterminée avec précision. Les parois de l'organe se touchent, la masse des intestins pèse sur lui d'une

manière variable, et comme il n'oppose aucune résistance, il peut être incliné dans un sens ou dans l'autre. A la vérité, il est rare qu'on ait à s'occuper de semblables détails pendant l'état de vacuité; car c'est surtout quand la vessie est remplie d'urine, ou qu'elle a été préalablement injectée, qu'on doit procéder aux explorations.

Les indications thérapeutiques dérivant des déformations de la vessie sont fort obscures. Lorsque l'urèthre et le col vésical rétréci, obstrué ou dévié, s'opposent à l'introduction d'une sonde ou de tout autre instrument explorateur, la difficulté du diagnostic peut être insurmontable. Dans l'impossibilité de déterminer la lésion à laquelle il a affaire, le chirurgien peut prendre la tumeur pour un abcès, comme on l'a vu dans plusieurs cas, pour une cellule, ou pour toute autre maladie ayant son siége dans les organes voisins de la vessie. La méprise est d'autant plus facile que la tumeur se manifeste en des points où l'on ne rencontre pas ordinairement le réservoir de l'urine.

Alors même qu'on peut explorer, des difficultés notables se présentent encore. On constate bien que la vessie est déviée, qu'elle est portée à droite, à gauche, ou même en avant; la quantité d'urine retirée par la sonde, ou du liquide qu'on parvient à injecter, fait connaître la capacité du viscère; la force avec laquelle sont expulsées l'urine ou l'injection donne la mesure de sa contractilité; mais tout cela ne suffit pas encore pour autoriser un jugement qui permette d'agir avec confiance et sûreté : car on ne sait pas si la déviation de la vessie est la conséquence d'un développement irrégulier, d'une rétraction partielle et morbide de ses parois, ou de tout autre vice de conformation; si elle résulte, soit d'un déplacement de l'organe, comme dans les cas de hernie ou de tumeurs des organes voisins, soit d'une transformation de la cavité vésicale par le développement des cellules, comme nous le verrons dans l'article suivant. Je me borne ici à présenter ces courtes remarques, qui suffiront pour tenir le praticien dans une prudente réserve, lorsqu'il devra recourir à l'emploi des moyens thérapeutiques.

ART. II. — DES CELLULES VÉSICALES.

Parmi les états morbides à l'étude desquels les applications de la lithotritie ont donné une forte impulsion, il faut placer au pre-

mier rang celui que, sous ses formes variées, on a désigné par les noms de *kyste*, de *chaton*, d'*appendice*, de *poche* ou *cavité accidentelle*, de *cellule*, et même de *perforation* de la vessie. Je fus frappé, au début de ma pratique, de la fréquence de cette disposition morbide de la poche urinaire, qu'on trouve à peine mentionnée dans des ouvrages estimés, et que d'autres ont rangée parmi les cas rares. J'eus bientôt recueilli une nombreuse série d'observations qui me fournirent les éléments d'un premier mémoire sur les *vessies à cellules*, que je lus à l'Académie des sciences, le 21 mars 1836 (1), et dans lequel j'examinai la formation, le développement et la configuration des différentes cavités produites par la hernie de la membrane muqueuse à travers les fibres de la couche musculeuse de la vessie ; les caractères qu'elles présentent; l'influence qu'elles exercent sur la production, la marche, la terminaison de plusieurs maladies de cet organe; les accidents spéciaux auxquels elles peuvent donner lieu, et les modifications qu'elles exigent dans l'application des moyens curatifs.

J'appelle *cellules vésicales* les tumeurs produites par la hernie de la membrane muqueuse à travers les fibres écartées de la tunique musculeuse. Lorsque les parois vésicales s'hypertrophient, elles ne conservent pas une épaisseur égale dans toutes leurs parties. Au lieu de former un plan continu, les faisceaux charnus s'écartent et laissent entre eux des espaces d'autant plus grands, que les colonnes musculeuses sont plus développées et que la distension du viscère est plus considérable. Dans ces espaces, la membrane muqueuse, n'étant pas soutenue, cède aux efforts du liquide urinaire et s'insinue entre les colonnes charnues, quand la vessie se contracte avec force. De là résultent des espèces de boursouflures, désignées sous les noms de hernies ou cellules, les unes très petites et contenues dans l'épaisseur même des parois vésicales, les autres plus considérables, formant, en

(1) Il m'a paru utile de rappeler cette époque, afin de prévenir des méprises dans lesquelles sont tombés quelques-uns de mes confrères, qui, ayant donné à mes recherches une date plus récente, ont pu croire qu'ils m'avaient devancé, et par suite ont soutenu des prétentions mal fondées de priorité. Depuis ce temps j'ai eu de fréquentes occasions de répéter mes observations, ce que prouvent mon *Traité de l'affection calculeuse*, le livre dont je publie aujourd'hui une nouvelle édition, et mon *Traité de la lithotritie*. (Paris, 1847, 1 vol. in-8, avec fig.).

dehors du viscère, des tumeurs dont la forme varie beaucoup, et dont la capacité est quelquefois beaucoup plus grande que celle de la vessie elle-même. Ces tumeurs, en augmentant de volume, tandis que leur orifice reste le même, paraissent, chez certains sujets, ne tenir à la vessie que par un pédicule, souvent assez étroit pour qu'on ne l'aperçoive qu'après avoir enlevé le tissu cellulaire qui les entoure et les retient contre l'organe.

Les cellules vésicales sont tantôt adhérentes aux tissus voisins, tantôt libres, et formant des tumeurs pour ainsi dire flottantes à la surface externe de la vessie. Elles varient à l'infini sous le rapport de leur nombre, de leur développement, de leur forme et de l'épaisseur de leurs parois.

J'ai vu une vessie dont la surface externe en était recouverte et ressemblait presque à une grappe de raisin; il n'y avait qu'un petit espace de la face antérieure, près du col, qui n'en présentât point. Platner en a trouvé trente-neuf, contenant chacune un calcul. Dans plusieurs cas que j'ai observés, entre autres sur les deux vessies représentées fig. 1 et fig. 2, les cellules étaient fort multipliées; mais, en général, leur nombre est restreint : habituellement il n'y en a qu'une seule, ou deux, ou trois.

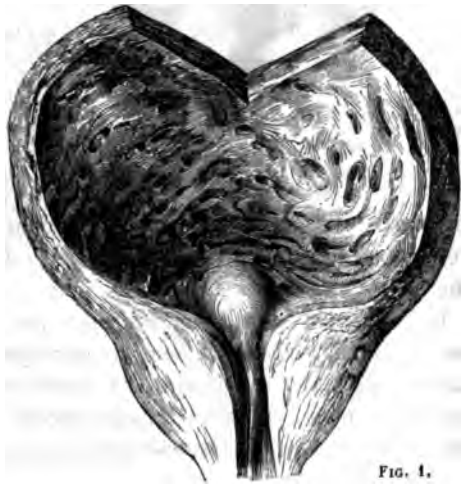


Fig. 1.

Leur volume est presque toujours en proportion inverse de leur nombre; cependant il y a des exceptions à cet égard. J'ai trouvé

* Fig. 1. — Vessie ouverte par sa face supérieure, et dans laquelle on remarque l'épaississement de sa couche musculeuse, les inégalités de sa surface interne, les orifices d'un grand nombre de cellules, la disposition des lobes latéraux de la prostate tuméfiés, divisés et écartés, de manière à laisser voir la crête uréthrale allongée et l'urèthre comprimé latéralement. Le trigone vésical fait une légère saillie à l'angle antérieur.

plusieurs fois une, deux et trois cellules très développées sur des vessies dont la face interne était criblée de pertuis communiquant avec d'autres cavités de petite dimension. Heister en a également rencontré trois spacieuses, à droite, à gauche et au sommet, indépendamment de beaucoup d'autres qui commençaient à se produire sur divers autres points. Elles peuvent égaler en volume la vessie naturelle, la surpasser même cinq ou six fois en grandeur; ce qui avait lieu, entre autres, chez le célèbre Casaubon, qu'on a cité si souvent, trop souvent peut-être, car on semble s'être complu à tirailler ce fait dans plus d'un sens, pour l'accommoder aux théories de chaque jour.

* Fig. 2.

La consistance des tumeurs formées par les cellules vésicales est en rapport avec l'épaisseur de leurs parois et la nature des matières qu'elles contiennent. Lorsque les cellules renferment de l'urine, celle-ci s'échappe, à moins qu'elle ne rencontre un obstacle à leur collet, et la tumeur disparaît ou devient très molle. La

* Fig. 2. — Cette figure ressemble à d'autres dessins, eu égard à la régularité de l'état morbide de la prostate; mais elle en diffère sous certains rapports. La masse latérale gauche de la glande proémine plus que la droite dans la vessie, et y forme une tumeur plus à pic. L'urèthre est aplati latéralement et légèrement dévié; la crête urèthrale est saillante, et se continue en arrière avec un prolongement antérieur de la prostate constituant une tumeur très régulière; de chaque côté se trouvent deux sillons qui la séparent des lobes latéraux. Le trigone vésical a très peu d'étendue d'arrière en avant : il a été en quelque sorte envahi par la tuméfaction prostatique. On ne découvre ici que l'orifice de l'uretère gauche. Celui du côté opposé se trouve caché dans les replis de la membrane muqueuse, qui est épaissie, fort dense, et sans trace de phlegmasie. A la réunion des trois tumeurs, la partie prostatique de l'urèthre présente une dépression profonde, d'où résulte une différence de 20 millimètres entre la fin du canal et la face supérieure du trigone vésical. Les parois de la vessie sont fort épaissies, et le nombre des cellules y est plus considérable; on en aperçoit sur tous les points de l'organe. Plusieurs de ces cellules sont grandes, et font saillie au dehors de la poche urinaire.

tumeur aurait plus de consistance si, au lieu d'urine, elle contenait du pus, des mucosités, comme il arrive parfois, ou de la matière tuberculeuse, ainsi que l'a observé M. Andral, et comme le constatent diverses pièces déposées dans les musées d'anatomie morbide. J'ai observé, depuis peu, deux cas de ce genre. La cellule serait surtout très solide si elle logeait un ou plusieurs calculs, ce qui arrive assez fréquemment. La dureté varie encore suivant les adhérences qui se sont établies entre la tumeur et les tissus environnants. On rencontre quelquefois, près du trigone principalement, une masse consistante et informe, au milieu de laquelle existent des cellules vésicales, qu'on n'aurait pas soupçonnées de prime abord, et qui peuvent même échapper à l'au-

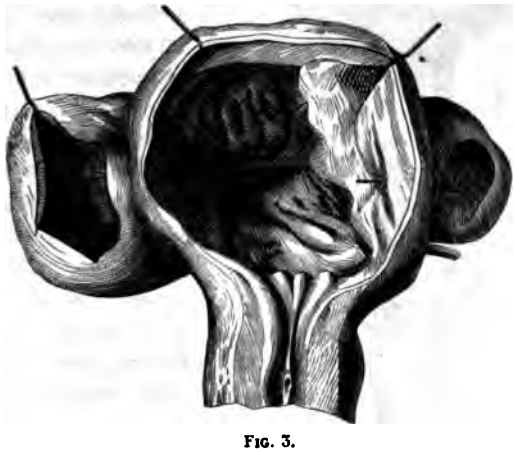
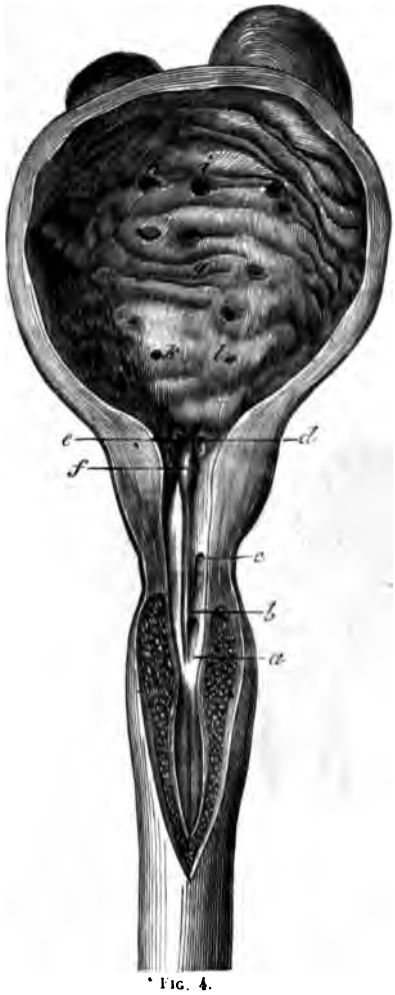


Fig. 3.

topsie. Plusieurs fois j'en ai découvert, même d'assez vastes, dont les parois étaient intimement unies avec le rectum, le bas-fond de la vessie et les vésicules séminales. Ces cavités ne doivent pas être confondues avec celles qui résultent d'abcès développés dans les mêmes parties.

Les tumeurs celluleuses de la vessie ont spécialement leur siége vers le bas-fond et à la face postérieure. Assez souvent on en observe une ou un plus grand nombre, même considérables, dans le voisinage et un peu en arrière de l'orifice des uretères, et aussi dans la partie médiane du bas-fond vésical. Un exemple remarquable de ce genre est reproduit dans la figure 3. Fréquem-

ment, il y en a une et quelquefois deux au sommet de l'organe.



* Fig. 4.

La figure 4 représente deux cellules d'un volume inégal, et non ouvertes vers le sommet de la vessie. Mais il est rare d'en observer à la face antérieure, ou très près du col, dans l'espace compris entre les orifices des uretères et de l'urèthre; celles que j'ai rencontrées sur ce dernier point étaient petites. Cependant on cite des faits d'après lesquels on a voulu établir que certaines tumeurs vésicales, faisant saillie à la vulve, résultaient de cellules développées près du col, à la face intérieure de la vessie : ces faits sont incomplets. D'un autre côté, Houstet parle d'un cas dans lequel une pierre, de la forme d'une poire, et du volume d'un petit œuf, était enchatonnée dans une cavité située vers le haut de la vessie, *sous la voûte des os pubis.*

On se rappelle aussi

* Fig. 4. — Rétrécissements à la courbure de l'urèthre, où commence une fausse route *a*, *b*, *c*, qui s'étend jusqu'à la prostate. La première partie, déjà ancienne, est recouverte d'une espèce de membrane. La seconde partie est plus récente; les tissus avaient été déchirés. Le véritable canal, beaucoup moins large, est placé au côté droit, et un peu plus haut que la fausse route.

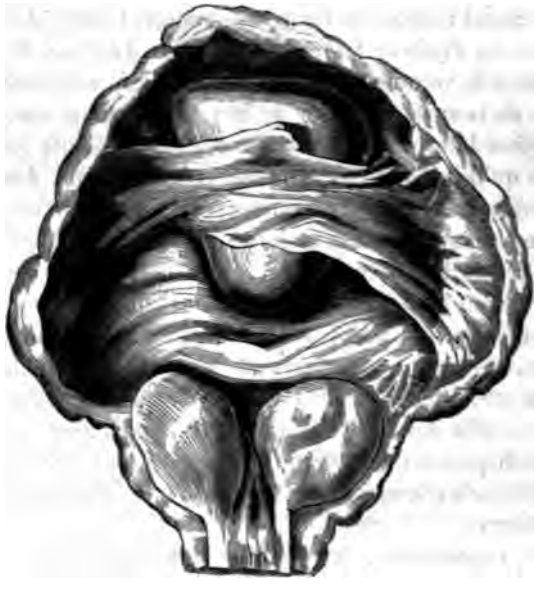
La crête urethrale *f* est fort saillante, et sur les côtés se trouvent deux excavations *e*, *d*. La vessie est hypertrophiée, et sa face interne présente les orifices d'un grand nombre de cellules, dont deux, beaucoup plus développées, se trouvent près du sommet du viscère. Celle du côté gauche aurait contenu un gros œuf. Les orifices des uretères sont plus grands que dans l'état normal.

l'observation de Garengeot, rapportée par Houstet, et d'autres, dont j'ai consigné les détails dans les *Traités de la lithotritie* et *de l'affection calculeuse*. Dans ces divers cas, des pierres s'étaient logées dans des cavités accidentelles, situées au-dessus du col de la vessie, à sa face antérieure ou au sommet, ainsi qu'on le voit dans un grand nombre de figures, notamment le n° 5 de la planche 4 de mon *Traité de l'affection calculeuse*. La figure 5, que j'ai placée dans le volume précédent, et que je reproduis ici, donne une idée de la surface interne de la vessie dans un cas rare.

La surface interne d'une vessie à cellules présente des particularités qu'il importe de connaître, en vue surtout des explorations vésicales et des manœuvres opératoires dont l'application peut être réclamée. Dans la majorité des cas, ceux où les cellules sont très petites, l'intérieur du viscère présente pour chacune d'elles un orifice, dont les bords, lisses et arrondis, ne font aucune saillie appréciable. Lorsque les parois vésicales sont légèrement hypertrophiées, ces petites ouvertures ne se montrent même pas, à moins qu'on ne tende et tiraille les points qu'elles occupent, ou qu'on ne souffle dessus avec force. C'est là sans doute ce qui fait que cette disposition de la vessie a échappé à tant d'observateurs, au dire desquels elle serait rare, tandis qu'on la rencontre presque tous les jours.

Quand, au contraire, les cellules sont vastes, elles ont des ouvertures béantes, et d'une grandeur généralement proportionnée à l'étendue de leur cavité : mais elles présentent de nombreuses différences, qui sont devenues de nouvelles sources d'erreurs. Leurs orifices, à bords minces, ordinairement arrondis et quelquefois découpés, ont été pris pour des perforations ou des ouvertures de foyers purulents. Il est cependant facile d'éviter ces méprises, car les orifices des cellules sont recouverts par la membrane muqueuse vésicale, qui se continue dans l'intérieur de leur cavité. Lorsque ces ouvertures offrent beaucoup d'évasement et de largeur, elles semblent être le prolongement de la vessie. Il peut, en effet, arriver que la cavité vésicale ne soit séparée de la cellule que par une espèce de collet, de bride ou d'éperon, d'où résulte une cavité unique, mais irrégulière et essentiellement différente de celle que la vessie présente dans l'état normal ; de là ces formes bizarres qu'on a com-

parées à celles de divers corps, entre autres, à celle d'une calebasse. S'il se trouve une large cellule de chaque côté du bas-fond, on aperçoit dans le milieu la vessie véritable, avec laquelle, à droite et à gauche, la poche anormale communique par une ouverture



* Fig. 5.

arrondie, plus ou moins grande (voyez la figure 3). S'il n'existe qu'une seule cavité accidentelle, à mesure qu'elle se développe, la vessie perd sa forme primitive, et semble se rejeter du côté opposé. S'il y a deux cellules égales, la vessie est portée en avant et en haut ; elle est inclinée latéralement, si la grandeur et la consistance des cellules diffèrent. Dans un cas dont j'aurai occasion de parler, la vessie présentait un véritable étranglement au niveau du détroit supérieur du bassin.

* Fig. 5. — Cette figure, empruntée à l'ouvrage de M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, pl. LIX, fig. 2), représente une vessie et les portions prostatique et membraneuse de l'urèthre ouvertes et étalées suivant leur longueur.

La prostate est volumineuse. Une grande cellule située à la partie supérieure de la vessie contient une pierre dont une partie fait saillie dans la cavité vésicale ; en sondant le malade, la sonde n'avait atteint que cette dernière portion, ce qui avait fait croire la pierre moins grosse qu'elle ne l'était en effet. Le malade ne fut point opéré et succomba à une double néphrite.

Quel que soit le nombre des cellules vésicales, il est à peu près constant qu'à mesure qu'elles acquièrent de l'ampleur, leur ouverture de communication s'agrandit, ses rebords s'effacent, et leur cavité tend à se mettre de niveau. Dans quelques cas même la démarcation entre elles et la vessie proprement dite n'est formée que par un bourrelet à peine marqué, d'où résultent la plupart des vessies dites multiples, dont on s'est beaucoup occupé, et qui ont donné lieu à tant de fausses interprétations, relativement à l'extraction des calculs. Souvent, dans les cellules, la membrane muqueuse a partout la même couleur, la même consistance, et les particularités morbides qu'elle est susceptible d'offrir sont les mêmes que celles qui peuvent exister dans la vessie, et qui souvent sont communes aux deux cavités.

Le tunique musculeuse de la vessie n'est ni éraillée, ni déchirée; ses fibres sont seulement écartées et laissent entre elles une ouverture ovale ou irrégulièrement arrondie. Quelquefois ces fibres s'allongent, forment des rubans plus ou moins appréciables, ou s'éparpillent en s'étendant sur la tumeur accidentelle, tandis que la surface du plus grand nombre de ces tumeurs ne présente aucune trace de filaments musculeux. De là résultent des cellules contractiles et d'autres qui ne le sont pas, distinction fort importante, eu égard à l'étude des phénomènes qui accompagnent l'excrétion de l'urine.

Dans quelques grandes cellules placées derrière le trigone vésical, le repli transversal qui termine ce dernier à sa partie postérieure est mince, relâché et un peu plus saillant qu'à l'ordinaire; il semble couvrir l'orifice de la cavité accidentelle. C'est probablement ce qui avait lieu dans une vessie décrite par Lapeyronie, où un calcul occupait une loge recouverte par une espèce de rideau membraneux mobile, étendu sur le devant de la cellule. Mais, qu'il s'agisse là d'un cas tout spécial, ou que le fait rentre dans la catégorie à laquelle je crois devoir le rapporter, toujours est-il certain que les orifices des cellules vésicales sont quelquefois cachés, au moins en partie, soit par les colonnes charnues extraordinairement développées, soit par des replis membraneux, soit par d'autres productions morbides accidentelles. Rappelons aussi une disposition signalée par Ledran et que j'ai rencontrée plusieurs fois. « J'ai souvent observé, dit Ledran,

et d'autres ont observé comme moi, que dans plusieurs vessies qui ont souffert, il se fait à l'endroit où elles sont collées au rectum, un peu plus haut que leur orifice, une espèce de crispation ou tension dans les fibres aponévrotiques qui vont de l'insertion de l'un des uretères à l'insertion de l'autre uretère. Ces fibres tendues font une espèce de ligament ou de traverse, un peu saillant, placé à un pouce ou deux de l'orifice, selon que la vessie est plus ou moins racornie, ce qui semble la partager en deux cavités inégales, l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure, supposant le malade couché. »

Je me suis longuement occupé de cette disposition anormale, à raison de l'influence qu'elle exerce dans l'extraction des calculs vésicaux tant par la taille que par la lithotritie, et j'ai dû la mentionner ici parce qu'elle peut être prise pour une cellule du bas-fond de la vessie. Quand on a les pièces pathologiques sous les yeux, il est facile de distinguer l'une de l'autre les deux dispositions; mais au lit du malade, lorsqu'on est réduit aux seuls troubles de la miction et à des explorations souvent insuffisantes, il est utile de se rappeler, pour y apporter un surcroît d'attention, des états qui ont une si grande analogie.

Le rebord ou, comme le dit Garengeot, le bourrelet, ou l'anneau de l'orifice d'un petit nombre de cellules fait, à la face interne de la vessie, une saillie qu'il ne faut pas confondre avec les inégalités produites par des fibres charnues réunies en faisceaux. Ces espèces de colonnes, si variables de forme, de longueur et de volume, peuvent, comme je l'ai dit ailleurs, faire croire à des altérations qui n'existent pas, notamment à des productions fongueuses ou à des tumeurs de toute autre espèce.

§ 1er. Causes.

Je ne reproduirai pas ici ce que j'ai déjà exposé, eu égard à l'origine, aux causes, au mode de formation des cellules vésicales. Qu'il me suffise d'indiquer brièvement certaines opinions qu'on persiste à soutenir à leur sujet, et qui ne sont pas fondées.

Houstet a dit : « Je crois que les cellules sont presque toujours la suite des rétentions d'urine, et qu'elles peuvent être regardées comme des hernies de la membrane interne de la vessie, qui,

dans sa dilatation, a permis le déplacement des fibres charnues. » Cette explication, la seule qui rende parfaitement compte des phénomènes, n'a pas été adoptée par tous les chirurgiens, bien que des observations nombreuses aient porté sa démonstration jusqu'à l'évidence,

Quelques auteurs ont prétendu que les cellules dépendent d'un relâchement des fibres charnues de la vessie; mais je viens de faire remarquer que ces cavités sont le plus ordinairement dépourvues de fibres musculaires; et, d'ailleurs un affaiblissement partiel de ces fibres, dont on ne connaît qu'un petit nombre d'exemples, entraîne à sa suite un développement inégal de la vessie, et donne lieu à une simple modification dans sa forme générale plutôt qu'à la production d'une cavité annexe distincte.

D'autres ont considéré les cellules comme dépendantes d'une conformation primitive : cette hypothèse , qui ne repose sur aucune observation directe, ne mérite pas la discussion.

On a cru remarquer enfin qu'elles tenaient à la pression exercée par la pierre, entière ou fragmentée, ou à la formation d'un calcul entre les tuniques vésicales ; mais cette explication, applicable au plus aux cellules qui se voient vers le bas-fond, et surtout vers le col de la vessie, ne pourrait être admise qu'autant que les calculeux seraient les seuls sujets qui présentassent ces sortes d'anomalies : or, les cellules vésicales sont communes également chez des individus qui n'ont pas la pierre; et, quant à la possibilité du développement d'un corps étranger dans les parois de la vessie, c'est une supposition arbitraire, qu'aucun fait ne justifie.

La seule manière de concevoir la formation des cellules vésicales est celle que j'ai exposée, et qui a pour elle l'assentiment des plus grands chirurgiens. Pour que ces tumeurs se produisent, il faut que le cours de l'urine soit gêné, que la vessie soit contrainte à des efforts plus grands que de coutume, et que ces efforts deviennent assez considérables, assez souvent répétés, pour amener la hernie de la membrane muqueuse entre les faisceaux des fibres musculaires plus ou moins écartés les uns des autres.

§ 2. Diagnostic.

Quelle qu'en soit la cause, l'existence de cellules dans la vessie est une circonstance toujours défavorable, et souvent très grave, alors même qu'elle constitue à elle seule toute la maladie. L'urine séjourne longtemps dans ces cavités qui, pour la plupart, ne possèdent que peu ou pas de puissance expulsive. Elle y détermine des inflammations qui entraînent des désordres plus ou moins redoutables, spécialement l'ulcération des parois de la poche, la filtration de l'urine dans les parties voisines, l'induration, la dégénérescence des tissus, la formation d'adhérences plus ou moins étendues, de nombreux dépôts dans le voisinage de la vessie, et même l'épaississement des parois vésicales, comme le pensait Chopart, et comme le prouvent les faits nombreux observés de nos jours, et de plusieurs desquels j'ai donné les détails. Il en résulte aussi des communications entre la poche urinaire et les organes voisins, entre autres le côlon, le rectum, etc. Dans des circonstances qui ne sont pas rares non plus, l'urine, en séjournant dans les cellules, y dépose des sédiments et des graviers qui, en grossissant, finissent par devenir des calculs, auxquels leur volume ne permet pas de franchir l'orifice de la cavité anormale, toujours plus étroit que son fond. Toutes ces conséquences sont d'autant plus sérieuses, que fort souvent on ne peut écarter les causes qui ont donné lieu à la formation des cellules, et qui continuent de s'opposer au libre cours de l'urine, comme les maladies de la prostate et certaines productions morbides du col vésical, contre lesquelles l'art est impuissant, ou du moins n'a que des ressources très restreintes.

Lorsqu'il y a surdistension de la vessie, par l'effet de l'accumulation et du séjour forcé de l'urine, les cellules peuvent entraîner des praticiens, même habiles, à des méprises qui tiennent, les unes aux changements de forme que la vessie distendue est susceptible de présenter, tant du côté du rectum que vers la région hypogastrique, d'autres à la manière dont le liquide s'écoule par la sonde, et d'autres enfin au séjour de l'urine soit dans les cellules, soit dans la vessie elle-même, malgré la présence de la sonde dans l'urèthre. C'est ce qu'on voit surtout dans l'observation de M. Bassereau, et dans quelques autres analogues,

spécialement chez les vieillards, lorsque la maladie est ancienne et plus ou moins compliquée. Ces raisons font comprendre combien il serait important d'établir, au sujet de ces anomalies, un diagnostic rigoureux. Malheureusement, on ne peut pas se dissimuler que les moyens dont l'art dispose ne procurent, dans beaucoup de cas, que des notions insuffisantes.

La situation des cellules vésicales les place trop souvent hors de la portée de nos moyens d'exploration. Toutes les fois qu'elles occupent la face postérieure de la vessie, il est presque impossible de les reconnaître sur le vivant. Quand elles font saillie, en bas vers le rectum, en haut et en avant vers l'hypogastre, ou sur les côtés, vers les fosses iliaques, la théorie veut qu'elles ne soient pas aussi absolument soustraites à l'investigation. Cependant on ne cite aucun cas dans lequel on les ait diagnostiquées d'une manière formelle et précise, et Chopart dit même positivement qu'on ne peut les reconnaître pendant la vie, lorsqu'elles sont naissantes. Toutefois, si le diagnostic est encore peu avancé à leur égard, il faut surtout s'en prendre à ces deux causes : le préjugé de leur rareté, qui a empêché de les rechercher avec l'attention qu'on leur aurait accordée si on les avait supposées plus fréquentes, et l'imperfection des procédés explorateurs en usage.

Tout ce qu'on a pu faire généralement jusqu'ici, c'est de les soupçonner. Ledran, par exemple, cite un cas dans lequel il fut mis sur la voie de croire à leur existence. Un homme était en proie aux douleurs de la rétention d'urine. Outre la tumeur que formait la vessie, on en apercevait, à côté du muscle droit, une autre plus élevée, et qui cédait sans peine au poids de la main. L'écoulement de trois livres d'urine par la sonde fit disparaître la tumeur vésicale, et une pression exercée sur la saillie supérieure procura la sortie d'une nouvelle quantité d'urine. Le malade fut alors soulagé, mais il mourut peu de jours après. Ledran pensa que la seconde tumeur était due à une cellule, ou, comme il dit, à une hernie de la vessie ; conjecture dont l'impossibilité d'ouvrir le corps ne lui permit pas de vérifier l'exactitude.

Chopart rapporte un fait qui n'est pas sans analogie avec celui-ci, du moins en ce qui concerne la tumeur accidentelle de la vessie. Un homme ne pouvait uriner ni aller à la selle qu'avec de

grands efforts. On lui passa des bougies, qui rendirent le jet de l'urine plus facile. Cependant, après avoir vidé sa vessie, il continuait d'éprouver des besoins, et souvent même il faisait encore sortir une certaine quantité de liquide en se comprimant le ventre au-dessous de l'ombilic. Un excès de boisson determina une rétention d'urine. Il fut impossible de sonder le malade ; les bougies s'arrêtaient au bulbe. Le lendemain, le ventre était tendu ; il s'élevait de la région ombilicale une éminence circonscrite, ferme comme un ballon, qu'on ne pouvait comprimer sans causer de la douleur au col de la vessie et augmenter le besoin d'uriner. Le troisième jour, l'urine commença à sortir, chaude, rouge et fétide ; son écoulement avait lieu surtout par le fait de la pression exercée sur l'abdomen. Plus tard, les accidents se calmèrent, et le malade reprit ses occupations ; mais il conserva des besoins fréquents d'uriner, qu'il ne pouvait satisfaire qu'incomplétement, en fléchissant le tronc et comprimant le ventre. Lorsqu'il s'abstenait de cette pression, il remarquait à l'ombilic une tumeur semblable à celle qu'on avait observée au moment de la rétention ; mais elle était indolente, et soulevait davantage les parois de l'abdomen lorsque le malade se tenait debout que quand il était couché et qu'il venait de vider la vessie. Elle s'amollissait par la pression, qui excitait le besoin d'uriner et la sortie d'une grande quantité de liquide. Après l'évacuation, la tumeur n'était plus appréciable, et le malade restait douze à quinze heures sans avoir besoin d'uriner. D'après cet état de choses, Chopart jugea que la tumeur était formée par un amas d'urine, dans une poche qui communiquait avec la vessie, et l'événement montra qu'il ne s'était pas trompé. Une nouvelle rétention ayant enlevé le malade, on trouva la vessie double : les deux parties étaient séparées l'une de l'autre par un sillon transversal. La partie antérieure se trouvait enfoncée dans le petit bassin, et la postérieure, beaucoup plus grande, s'élevait jusqu'à l'ombilic, où elle adhérait au péritoine. On y remarquait des taches gangréneuses ; beaucoup d'urine putride en sortit, et il resta au fond une matière très fétide. Les deux cavités communiquaient par une ouverture très distincte. La véritable vessie avait des parois épaisses, et ne présentait aucune trace d'inflammation, tandis que les parois de la cavité accidentelle offraient moins d'épais-

seur et étaient entièrement membraneuses. La prostate avait le double de son volume ordinaire et l'urèthre était tellement rétréci qu'on pouvait à peine y introduire un stylet.

Ce qu'on remarque dans ces deux cas, relativement à l'excrétion de l'urine, a lieu le plus ordinairement. Le liquide sort avec lenteur, et le malade éprouve de nouveaux besoins peu de temps après l'avoir rendu, surtout quand on comprime l'abdomen, ce qui fait même sortir encore une certaine quantité d'urine. Mais ces effets ne sont pas constants. D'ailleurs ils prouvent seulement que la vessie ne se vide pas, et on les retrouve dans presque tous les cas d'atonie du viscère, quelle qu'en soit la cause. Leur valeur, comme indice de l'existence des cellules vésicales, est donc moins grande qu'on ne serait porté d'abord à le penser.

Il n'en est pas de même des bosselures, des tumeurs accidentelles qu'on découvre en palpant l'hypogastre ou le ventre; elles commencent à mettre sur la voie. On doit aussi tenir compte d'une particularité que j'ai observée plusieurs fois, et qui me rappelle un fait déjà cité de Lapeyronie. Ce chirurgien fit une incision au périnée pour un abcès gangréneux du col vésical, compliquant une rétention d'urine. Le malade succomba. On trouva un abcès qui régnait le long de l'uretère, depuis le rein jusqu'à la vessie. Celle-ci présentait quatre cavités accidentelles remplies de pus. Lorsque ces poches se vidaient, dit Houstet, qui rapporte le fait, le malade rendait beaucoup de pus avec ses urines; il était ensuite longtemps sans en rendre, et, pour mieux dire, le pus ne recommençait à couler que lorsque ces cellules ou ces poches étaient remplies. Les irrégularités et les intermittences, qu'il n'est pas rare d'observer dans l'expulsion des dépôts que l'urine forme dans plusieurs de ces maladies, sont d'autant plus dignes alors de fixer l'attention des praticiens qu'il n'y a souvent pas d'autre indice, et qu'au moyen de la sonde et des injections que j'ai recommandées, il est possible de donner à ce signe plus de sûreté qu'il n'en a eu jusqu'ici. Restent ensuite les explorations vésicales, qui sont indispensables ici, comme dans la plupart des maladies de l'appareil urinaire.

Toutes les fois que j'ai lieu de soupçonner l'existence d'une vessie à cellules, je procède de la manière suivante; il ne s'agit

ici que des cas dans lesquels l'organe ne renferme pas de calculs : Après avoir exploré l'abdomen et le rectum avec soin, j'introduis une sonde dans la vessie, et je laisse couler toute l'urine qu'elle contient. L'instrument étant maintenu, je l'enfonce et le retire successivement d'une petite quantité. Le malade est engagé à faire de légers mouvements d'inclinaison à droite et à gauche ; si un peu de liquide s'échappe, je sollicite le sujet à pousser, je comprime sur l'hypogastre et je note avec soin s'il coule encore de l'urine. Je cesse la pression, pour recommencer un instant après, et remarquer encore si j'obtiens une nouvelle quantité de liquide. Cela fait, j'injecte dans la vessie assez d'eau pour la remplir, jusqu'à ce que le malade éprouve un fort besoin d'uriner ; puis, au moment où le liquide s'écoule, je répète les manœuvres ci-dessus. Si le même résultat a lieu un certain nombre de fois, c'est-à-dire si, en procédant comme je viens de le dire, l'urine ou l'injection s'écoule, à de courts intervalles, par de petites portions, par jets interrompus, je suis porté à croire qu'il existe des cellules, puisque, dans l'état normal, et quand la cavité vésicale est régulière, tout ce qu'elle contient s'échappe par la sonde sans discontinuer, surtout lorsqu'on comprime l'hypogastre, et qu'on engage le malade à faire effort comme s'il devait aller à la selle. Je suppose qu'on n'a pas découvert de tumeur extérieure à la vessie, car la présence d'un gonflement, d'une saillie ou d'une bosselure de ce genre, qui s'affaissent par l'écoulement du liquide et que l'injection fait reparaître, convertit presque la conjecture en certitude.

Dans ces cas en effet, en procédant comme l'ont indiqué Ledran et Chopart dont je viens de citer des observations, et en ajoutant aux données obtenues par le palper abdominal celles que fournissent les explorations avec la sonde et les irrégularités de l'excrétion de l'urine, on parvient à établir un diagnostic d'autant plus probable qu'on peut répéter les expériences autant de fois qu'on le juge nécessaire. Cependant il y a des cas exceptionnels. La pression abdominale, tantôt douloureuse et tantôt indolente, ne fait pas toujours disparaître les bosselures, qui peuvent être confondues d'ailleurs avec des tumeurs développées à la surface externe de la vessie, par suite de divers états pathologiques dont j'aurai à m'occuper dans les chapitres sui-

vants. L'urine que contiennent les cellules ne passe pas toujours dans la cavité vésicale par la pression abdominale, ainsi que le constatent des faits nombreux, dont j'ai cité les principaux. D'un autre côté, les malades, qui ne fournissent pas toujours des renseignements très exacts, peuvent avoir depuis longtemps un ventre volumineux, sans que la vessie soit altérée; enfin les tumeurs sont parfois irrégulières, ou ont contracté avec les organes voisins des adhérences qui produisent de la confusion (1).

Ainsi, malgré l'observation la plus attentive et les explorations les plus méthodiques, l'existence des cellules vésicales peut demeurer ignorée du praticien. Cela est d'autant plus regrettable, que, de cette imperfection du diagnostic, résultent des incertitudes dans le traitement de plusieurs maladies coexistantes ou isolées de la vessie, spécialement de quelques dysuries et du catarrhe vésical. La plus fâcheuse influence que ces incertitudes exercent est de favoriser et d'entretenir la stagnation prolongée d'une certaine quantité d'urine et des dépôts qu'elle forme. Or, nous avons des moyens de faire cesser cette stagnation, comme je le ferai voir plus loin, et dès lors il importe beaucoup de pouvoir acquérir dès le début la certitude qu'elle a lieu, d'une manière sinon totale, du moins partielle.

Il peut arriver, et l'on en connaît quelques exemples, que la sonde pénètre dans une vaste cellule, située au sommet ou à la face postérieure de la vessie, et même sur les côtés du bas-fond. On l'a observé en 1833, à l'hôpital de la Pitié, dans un cas dont j'ai reproduit les principaux détails. Très probablement on s'en apercevrait; d'abord en calculant la capacité que ferait présumer la profondeur à laquelle l'instrument pénètre et la quantité de liquide que le malade a rendue; ensuite par la gêne que la sonde éprouve en tous sens, car elle ne peut alors se mouvoir comme elle le ferait dans une vessie spacieuse. C'est en effet ce qui est arrivé dans le cas de M. Bassereau. Lorsque cette disposition se présente, on doit manœuvrer avec les plus grandes précautions, ne fût-ce que dans la crainte de perforer les parois minces de la cellule, ce qui entraînerait un épanchement d'urine. D'ailleurs

(1) Pour les cas compliqués de pierre, je dois renvoyer à ce que j'ai dit dans le *Traité de la lithotritie*.

il ne faut pas perdre de vue une circonstance que j'ai fait connaître et qui pourrait induire en erreur : c'est qu'il y a des vessies entièrement déformées. Le plus souvent elles sont allongées, et pour ainsi dire en forme de cylindre, dont le sommet s'élève jusqu'auprès de l'ombilic. En pareil cas, la sonde pénètre à une grande profondeur, sans que pour cela le viscère contienne beaucoup d'urine et sans qu'il existe de cellule.

Parmi les cellules vésicales, celles qu'on observe au sommet du viscère méritent une attention particulière. J'en ai cité divers exemples dans le *Traité de l'affection calculeuse*, où je me suis attaché à faire ressortir les déformations singulières qu'elles sont susceptibles d'imprimer à la vessie. Tout récemment encore j'en ai rencontré de nouveaux cas. L'ouverture existant au sommet de la vessie, était assez grande pour permettre d'y introduire le doigt. Au premier abord, la tumeur paraissait à peine ; mais, en comprimant la vessie, qui contenait une certaine quantité d'urine, la membrane muqueuse faisait irruption par le pertuis de communication, et allait former au dehors de l'organe un prolongement conoïde, de 4 centimètres environ. Dès qu'on cessait la pression, le liquide rentrait, et avec lui l'appendice membraneux. Cette particularité est importante à connaître sous plusieurs rapports. D'abord, elle diffère de ce qui a lieu généralement, puisque d'ordinaire l'expansion de la membrane muqueuse ne rentre pas d'elle-même et s'affaisse seulement quand le liquide vient à s'écouler. Ensuite, elle rend raison de ces espèces de hernies intestinales ou épiploïques, qu'on a quelquefois rencontrées saillantes dans l'intérieur de la vessie, par exemple, dans un cas publié par M. Cloquet, et même des renversements de la membrane muqueuse vésicale venant obstruer l'orifice interne de l'urèthre, qui sont cités par quelques auteurs. Ces sortes de cellules internes ou rentrées pourraient devenir la source de graves méprises : car si les intestins qui s'y engageraient contenaient des matières fécales, il ne serait pas impossible que de là naquissent des symptômes analogues à ceux de la pierre. Chez un homme dont parle Rutty, on croyait sentir un calcul avec la sonde, mais la vessie était seulement refoulée en dedans par le cæcum plein d'excréments endurcis. Une femme, dont parle Levret, fut soumise à la cystotomie, dont elle mourut, bien

qu'il n'y eût chez elle qu'une inclinaison en avant de la matrice, qui avait déprimé la vessie près de son col.

Dans certains cas, en apparence des plus simples, et appartenant à la catégorie de ceux que l'on rencontre le plus communément, le diagnostic a présenté des difficultés dont on ne se rend pas compte. Je citerai à l'appui le fait suivant, sur lequel j'ai été appelé à faire un rapport à l'Académie de médecine, et auquel se rattachent des questions importantes :

Un homme de trente-huit ans éprouvait, depuis son enfance, des besoins très rapprochés d'uriner, et de la difficulté à les satisfaire. Dans son pays, on l'appelait *Pisse trois gouttes*. Souvent même il fallut recourir à l'instrument, afin de débarrasser la vessie. Cependant l'état du malade empirait; il survint accidentellement de la fièvre et du trouble dans les fonctions : parfois on eut de la peine à introduire la sonde. Le 29 novembre 1847, il survint une rétention complète d'urine ; la vessie, énormément distendue, faisait une saillie considérable dans la cavité abdominale, surtout à droite. Après plusieurs tentatives inutiles de cathétérisme, dans lesquelles une algalie fut forcée, on parvint dans la vessie, d'où l'on retira 2 kilogrammes 600 grammes d'une urine bourbeuse, fétide, rougeâtre, contenant une grande quantité de pus et de flocons albumineux. La vessie ne fut pas entièrement vidée ; l'accumulation des mucosités dans l'algalie interrompit l'écoulement du liquide ; on la retira pour la nettoyer. Deux heures après, on voulut la réintroduire, mais sans succès, tandis qu'une sonde flexible, à courbure fixe, pénétra aisément, et permit l'évacuation d'une nouvelle quantité d'urine de même nature, mais moins épaisse. On fixa la sonde dans le canal, l'urine s'écoula. Cependant le malade conservait un gros ventre et la fièvre persistait. Bientôt la sonde, ne fonctionnant plus, fut enlevée, et pendant quelques jours le malade urina par gouttes. Il survint une nouvelle rétention d'urine, et après quelques tentatives inutiles pour passer l'algalie, on se décida à pratiquer la ponction vésicale par-dessus le pubis ; mais on ne retira qu'une très petite quantité de pus sanguinolent. C'est en vain qu'on enfonça, qu'on retira la canule, il ne vint pas d'urine. On crut à l'existence d'*une vessie à colonne*. Ici je laisserai parler l'auteur : « Et notre erreur fut encore augmentée par la résis-

tance que nous éprouvions chaque fois que nous introduisions un stylet mousse dans la canule : il tombait dans une cavité beaucoup trop petite pour constituer à elle seule toute la vessie. Notre intention était d'élargir l'ouverture sur une sonde cannelée, et de placer une sonde à demeure, afin d'évacuer la vessie chaque fois qu'il en serait besoin, et d'y faire quelques injections émollientes ; mais nous renonçâmes à ce projet, vu le résultat obtenu par la simple ponction. Dès lors nous désespérâmes de sauver notre malade, et, afin de ne pas trop lui laisser entrevoir sa position, nous crûmes devoir laisser la canule dans la vessie. Il succomba le lendemain, vingt heures après l'opération. »

A l'autopsie, on se borna à étudier les organes urinaires, et même l'examen ne fut pas complet. On manquait d'instruments pour scier les os pubis et ischions; il fut très difficile d'enlever la vessie; les vésicules séminales et une partie de la prostate restèrent en place.

L'abdomen ayant été ouvert par une incision cruciale, on trouva au-dessous de l'ombilic de fortes adhérences entre les organes qui occupent cette région. La vessie, sous la forme d'un cône très dur, s'élevait de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le péritoine, qui la recouvrait, était épaissi et présentait de nombreuses arborisations. Sur les côtés de la vessie, près du col, existaient deux tumeurs du volume d'un œuf; celle de droite plus petite, mais fort dure; celle de gauche moins dure et plus volumineuse.

La membrane muqueuse, épaissie dans quelques endroits, amincie dans d'autres, était considérablement ramollie et même détruite dans une grande étendue. Au col vésical, l'altération était moins profonde.

La couche musculeuse, fortement hypertrophiée, présentait des colonnes charnues distinctes, et aussi fortes que celles du ventricule gauche du cœur. Les parois vésicales avaient un centimètre et demi d'épaisseur.

Derrière la vessie se trouvait une poche qui aurait pu contenir deux litres de liquide. Elle communiquait avec la cavité vésicale par une ouverture assez large pour admettre l'extrémité du doigt. Son orifice était situé près du col, vers la partie médiane, et son contour, très élastique, entouré de fibres charnues, conver-

gentes, bien développées, offrait tous les caractères d'un véritable sphincter.

Sur les côtés du col vésical, et un peu en bas, existaient deux autres ouvertures, ne différant de la première que par leurs orifices, qui pouvaient admettre tout au plus un tuyau de plume. Ces deux ouvertures communiquaient dans deux poches latérales formant les deux tumeurs dont nous venons de parler.

L'organisation de ces trois poches était la même, dit l'auteur. Leurs parois, d'un millimètre d'épaisseur, étaient formées par le péritoine, quelques expansions de la couche musculeuse et par la membrane muqueuse de la vessie. Dans la cavité postérieure, la membrane muqueuse était ramollie et ulcérée sur plusieurs points, tandis qu'on ne remarquait aucune trace de destruction dans les cavités latérales. Ces cavités contenaient un mélange très fétide de pus, de sang et d'urine. Ce liquide remplissait aussi l'excavation pelvienne jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral, où il s'était épanché par deux larges perforations de la poche postérieure, situées à deux centimètres l'une de l'autre, et établissant des communications entre elle et la cavité abdominale.

La masse intestinale était refoulée en haut, et séparée du liquide épanché par un feuillet très épais et très enflammé du péritoine.

A la partie prostatique de l'urèthre on rencontra de grands désordres : la membrane muqueuse, décollée en plusieurs endroits, formait des ponts sous lesquels s'était engagée l'extrémité de l'algalie, ce qui avait fait supposer des rétrécissements uréthraux, dont on ne trouva pas de traces. Une des fausses routes, plus étendue et plus ancienne, du moins en apparence, conduisait dans la vésicule séminale gauche, considérablement hypertrophiée.

Ce fait peut suggérer des considérations pratiques d'un haut intérêt, sous le rapport du diagnostic spécialement. Il fournit une nouvelle preuve que les sensations du malade et les procédés d'exploration généralement employés, peuvent également induire en erreur ; et que, par suite, les cas de cette espèce deviennent les plus embarrassants et les plus graves qu'on puisse rencontrer. Les méprises sont d'autant plus difficiles à éviter

que, quand il est appelé près d'un malade en proie aux angoisses d'une rétention d'urine, le chirurgien est immédiatement dominé par une seule pensée : l'imminence du danger. Il a hâte d'agir, afin d'enrayer la marche des accidents, et d'arriver dans la vessie, malgré les difficultés de tout genre qui peuvent se présenter. Les symptômes n'ont trop souvent de valeur que relativement à l'accumulation d'un liquide dans la vessie : en dehors de ce fait capital, ils laissent le praticien dans l'incertitude, quant aux dispositions spéciales de l'organe et aux complications de la maladie.

Dans le cas que je viens de citer, l'étude des phénomènes morbides conduisit à penser qu'on avait affaire à une cystite chronique, compliquée de rétrécissement uréthral ; mais de toute évidence, la phlegmasie de la vessie était consécutive. C'est manifestement par les rétentions d'urine prolongées et répétées qu'avaient été préparés et amenés la cystite et les désordres que l'autopsie a constatés dans les différentes régions de la vessie. D'un autre côté, l'urèthre n'était point rétréci, comme on l'avait présumé. C'est donc à d'autres états morbides qu'il faut rapporter et la production des phénomènes, et les altérations organiques, et les difficultés d'introduire la sonde.

Eu égard au nombre des cellules, à leur capacité dissemblable, à la différence d'épaisseur de leurs parois relativement à celle de la vessie, à leur structure variable, à la déformation et au déplacement du réservoir de l'urine par le fait des tumeurs accidentelles qu'elles constituent, en haut, sur les côtés, etc., les particularités de ce genre ont été plusieurs fois observées, entre autres, par Heister, Bassius, Boudou, Sanson. M. Bassereau cite même un cas qui diffère peu de celui que je viens d'analyser. Le malade mourut à l'hôpital de la Pitié, d'une rétention d'urine. Le cathétérisme, d'abord impossible, fut enfin pratiqué, et la sonde donna issue à une grande quantité d'urine. Cependant la vessie continua de faire au-dessus des pubis une saillie considérable. A l'autopsie, dont le résultat fut présenté à l'Académie de médecine, le 15 janvier 1833, on reconnut que la tumeur abdominale était formée par la vessie, enclavée et pour ainsi dire étranglée au détroit supérieur du bassin. A droite et à gauche de sa face postérieure, on voyait des ouvertures, communi-

quant dans des cellules de différentes grandeurs. A droite, derrière le trigone, une de ces ouvertures conduisait dans une poche semblable à la vessie, et qui aurait pu contenir la tête d'un enfant. Les parois de cette poche présentaient des colonnes charnues entre-croisées : l'urèthre était libre, et à l'entrée de la portion prostatique existait une fausse route.

On a été surtout frappé, à l'autopsie, de ce que les désordres étaient plus grands dans la poche postérieure que dans les cellules latérales, et même que dans la vessie proprement dite. Mais il n'y a rien là qui doive surprendre et qui n'ait été observé. On comprend en effet que les lésions soient plus constantes et plus profondes dans les cellules, où l'urine et le dépôt qu'elle forme, ont plus de tendance à séjourner. Aussi est-ce dans ces cavités anormales qu'on trouve ordinairement la membrane muqueuse détruite, et les incrustations de matière calcaire, aussi bien que les amas de substance tuberculeuse ou d'apparence médullaire ramollie. Du reste, que les destructions de la membrane muqueuse aient lieu spontanément et sans traces appréciables de phlegmasie, comme on l'a vu dans plusieurs cas, ou qu'elles soient précédées d'un ramollissement inflammatoire, ce qui n'est pas rare non plus, elles peuvent être beaucoup plus étendues qu'on ne l'a vu dans ce cas. Quelquefois la surface presque entière de la vessie et la partie profonde de l'urèthre sont dépouillées, aussi bien que les cellules. On voit, pour ainsi dire, à nu le tissu cellulaire sous-jacent, et surtout la couche musculaire, qu'on dirait avoir été disséquée.

Malgré les nombreuses difficultés qui s'opposent à la solution du problème, il n'est cependant pas toujours impossible d'établir assez positivement, ainsi que je l'ai déjà dit, le diagnostic des cellules vésicales. Entre autres faits que j'ai observés, et qui sont de nature à encourager les praticiens dans leurs recherches, je citerai le suivant qui s'est présenté dans mon service à l'hôpital Necker :

Un homme adulte, d'une constitution épuisée et atteint de paralysie des extrémités inférieures, me fut adressé d'un service de médecine, par suite de désordres survenus dans les fonctions de la vessie. Depuis très longtemps, cet homme urinait avec difficulté et douleur. La vessie formait au-dessus du pubis une tumeur dure, rénitente, peu douloureuse au toucher, et

s'élevant jusqu'à l'ombilic. La sonde, introduite avec facilité, donna issue à une quantité d'urine qui n'était pas en rapport avec le volume de la tumeur, qui n'éprouva qu'une petite diminution de volume. Le liquide coula d'abord par jet, puis s'arrêta spontanément, pour recommencer quelques instants après. La pression sur l'hypogastre n'amenait pas de résultat. Le lendemain et les jours suivants, les choses se passèrent de la même manière. Cependant les besoins d'uriner étaient impérieux ; je plaçai une sonde à demeure, dont le malade se trouva bien les premiers jours ; mais bientôt elle le fatigua ; les injections tièdes, pratiquées une ou deux fois par jour, n'apportèrent aucun soulagement. Enfin le malade succomba presque subitement, avant qu'on ait pu faire une exploration approfondie dans le but de déterminer la véritable nature de la tumeur hypogastrique, que l'on ne pouvait pas attribuer exclusivement à l'hypertrophie des parois vésicales. Je présumai qu'il existait quelques cellules qui ne se vidaient jamais, que la vessie avait contracté des adhérences avec les organes voisins, et que le tout réuni constituait la masse considérable qui faisait saillie à la région hypogastrique. L'autopsie confirma en tous points ce diagnostic.

A l'ouverture du cadavre, on découvrit : 1° dans l'urèthre, deux ulcérations récentes produites par la présence des sondes ; 2° une barrière uréthro-vésicale, de nature prostatique, peu épaisse d'avant en arrière, et déviant le col de la vessie en haut, dans l'étendue de 15 à 18 millimètres ; 3° vessie à colonnes et à cellules, à paroi musculaire très épaisse et très dure ; 4° adhérences de ce viscère, avec la paroi antérieure de l'abdomen et avec les intestins grêles, déjà anciennes et assez solides pour que l'urine ne s'épanchât point dans le bassin, malgré la destruction entière de la paroi vésicale par une ulcération fort large ; 5° destruction presque complète de la membrane muqueuse de la vessie, dont l'absence laissait la couche musculeuse à nu.

Le mode très remarquable de l'écoulement de l'urine, signalé dans cette observation, pendant le cathétérisme, est le phénomène le plus important pour le diagnostic, et celui que le chirurgien doit s'attacher à constater, dans toutes ses particularités, avec le plus grand soin. Le volume, la persistance, la densité et le degré de mobilité des tumeurs, sont des particularités égale-

ment intéressantes, mais qui se rapportent aux complications des cellules plus encore qu'à leur existence propre.

§ 3. Traitement.

Dans l'état actuel de la science, l'art n'a contre les cellules vésicales qu'une action fort restreinte, alors même qu'on parvient à reconnaître leur existence par un diagnostic rigoureux. Cependant le praticien ne doit pas rester simple spectateur en face d'un état morbide qui peut entraîner les conséquences les plus graves. Il agira sur les causes, sous l'influence desquelles les cellules se sont formées, et qui en favoriseraient le développement, si l'on ne parvenait à les écarter. Il cherchera ensuite à empêcher le séjour forcé et prolongé de l'urine et des dépôts qu'elle forme dans les cavités anormales.

Le traitement consiste donc spécialement : 1° à détruire les obstacles qui rendent la miction difficile ; 2° dès que l'urèthre est libre, à aider la vessie à se débarrasser de son contenu et à faciliter l'expulsion du dépôt lithique, muqueux ou purulent, que l'urine pourrait former dans son réservoir naturel, et surtout dans les cellules. C'est par l'emploi régulier et méthodique de la sonde, et par les injections, aidées de compressions exercées sur les parois abdominales, qu'on remplit les principales indications. La manière de procéder ne diffère pas notablement de ce qu'on fait dans d'autres circonstances que j'ai exposées, notamment dans l'atonie ou la paralysie de la vessie. Mais on ne doit pas perdre de vue que, dans les cas qui nous occupent, il est souvent très difficile de vider les cellules dépourvues de contractilité. Il faut varier la position du sujet, varier et multiplier les pressions sur l'hypogastre et sur les flancs, engager le malade à faire des efforts d'expulsion, enfoncer, retirer la sonde, la laisser en place quelques minutes, au bout desquelles on voit quelquefois l'urine recommencer à couler. Quant à quelques procédés aventureux, tels que la ponction de la cellule, etc., on ne saurait les conseiller comme une pratique rationnelle. Des faits nombreux se sont offerts à moi, constatant les bons résultats qu'on peut obtenir des ressources de la nature, aidée par l'emploi méthodique et prudent des procédés de l'art. Je citerai entre autres

le suivant : M. de..., sexagénaire, éprouvait depuis quelque temps des troubles dans les fonctions de la vessie, qui furent attribués à la gravelle, parce qu'on avait aperçu de temps à autre un léger dépôt d'acide urique dans le vase de nuit. Les eaux de Vichy furent conseillées. Le malade n'en éprouva d'autre effet qu'une légère amélioration dans les fonctions digestives. Mais cette amélioration ne se soutint pas, et pendant un voyage survinrent de nouveaux accidents, dont on ne tint aucun compte, attendu que les symptômes n'avaient pas de caractère bien tranché. Quelques mois après, cependant, on fut amené à explorer la vessie; mais on n'y découvrit rien, et l'on se contenta de prescrire un traitement médical, qui n'amena aucun résultat favorable. Le malade était habitué à vivre dans son cabinet, où il se livrait avec ardeur à des recherches historiques. La perte de plusieurs enfants le plongea dans une profonde tristesse. On s'occupa beaucoup du moral, et on négligea le physique. Toutefois l'embonpoint diminuait : perte du sommeil et de l'appétit, dépravation du goût, langue blanche, teint pâle, agitation pendant la nuit, diminution progressive des forces, urines fétides, contenant quelques mucosités ; tels étaient les principaux symptômes qu'on observait, et qui duraient depuis trois mois déjà, lorsqu'on s'aperçut que le ventre grossissait vers la région hypogastrique. Mais la pression ne déterminait pas de douleur; il n'y avait pas non plus de tumeur dure, arrondie et circonscrite, qui pût faire croire à l'état de plénitude de la vessie. L'enflure des jambes se manifesta, et prit chaque jour un développement qui inspira des inquiétudes sérieuses. Les craintes devinrent plus grandes encore lorsqu'à un nouvel examen de l'hypogastre, on sentit, à travers les parois abdominales, molles et flasques, plusieurs grosseurs surajoutées à la tuméfaction primitive, qui était d'ailleurs mieux dessinée qu'à l'époque des premières explorations. C'est alors que je fus appelé. Je reconnus sans peine que la tumeur hypogastrique était formée par la vessie très ample, mais faiblement distendue. Ce viscère avait perdu presque toute faculté contractile, et l'urine ne sortait que par regorgement. Je m'assurai aussi que les grosseurs qui avaient inspiré tant d'inquiétude étaient des cellules vésicales pleines d'urine. La démonstration en fut rendue évidente par la disparition de ces grosseurs, lorsque j'eus vidé

l'organe au moyen de la sonde. Dès lors, la marche à suivre était tracée ; il fallait aider la vessie à se débarrasser de son contenu. Toutefois, le malade était si faible, si épuisé, que l'on pouvait ne pas être rassuré sur les effets du traitement ; il y avait à craindre les suites graves de l'ébranlement qui pouvait résulter du passage répété de la sonde par un canal excessivement irritable, et de la transition brusque d'un état prolongé de distension du viscère, à celui de vacuité. Je conseillai de vider la vessie plusieurs fois par jour, sans laisser l'instrument en place. La sonde ne fut mise à demeure que le cinquième jour ; le malade la garda pendant un mois, et apprit ensuite à l'introduire lui-même, ce qu'il a exécuté longtemps, de trois à six fois chaque jour, suivant le besoin. Il a pratiqué aussi des injections, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau froide ; on a eu recours aux lavements froids, aux frictions ; on a prescrit un régime de plus en plus substantiel. Sous l'influence de ces moyens, les forces, l'appétit, le sommeil sont revenus, et la santé s'est complétement raffermie. Cependant la vessie est restée paresseuse ; mais ses bosselures s'effacèrent à dater du moment où l'écoulement de l'urine fut rétabli. On n'eut pas à recourir aux compressions permanentes sur l'hypogastre ; on ne fit même qu'un petit nombre d'injections, l'urine ayant repris assez promptement sa limpidité et sa couleur normales.

Le nombre des introductions de sonde et des injections, la quantité de liquide à introduire chaque fois pour laver la vessie et les cellules, sont déterminés par la fréquence des besoins d'uriner et par la nature de l'urine. Il faut répéter les injections aussi longtemps et aussi souvent que l'urine et le liquide injecté sortent troubles. Tantôt il est indiqué de laisser séjourner quelque temps la sonde et de vider la vessie avant que le besoin d'uriner se fasse sentir. Le plus souvent on introduit la sonde à chaque besoin d'uriner, ou le malade se sonde lui-même, ce qui est préférable.

Si les bosselures de la vessie persistaient, même après avoir évacué l'urine, il serait utile de sonder plus souvent, d'exercer des compressions sur les points correspondant aux bosselures, et même de varier la position du malade au moment de vider la vessie. Dans un petit nombre de cas, l'usage d'une ceinture abdominale,

médiocrement serrée, m'a paru utile. On pourrait y ajouter une sorte de pelote, afin de comprimer plus fortement le point correspondant à la tumeur celluleuse.

Lorsque les cellules vésicales contiennent des calculs, le cas rentre dans ceux que j'ai longuement étudiés dans le *Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux* et le *Traité de la lithotritie.* Les observations que j'ai présentées dans ces écrits, et celles qu'on trouve dans d'autres ouvrages, notamment dans le mémoire d'Houstet (1), prouvent que ces complications sont généralement très graves, et qu'elles peuvent devenir fort embarrassantes pour le praticien. Plus d'une fois les chirurgiens les plus expérimentés ont échoué devant les difficultés qu'elles font naître, soit pour diagnostiquer exactement l'état morbide, soit pour appliquer sûrement les ressources trop insuffisantes de l'art; mais je ne puis, à leur sujet, que renvoyer aux publications que je viens de citer.

ART. III. — DES HERNIES DE LA VESSIE.

Au nombre des complications qui peuvent accompagner les déformations de la vessie, il faut compter les déplacements plus ou moins considérables de ce viscère. On l'a vu effectivement constituer, en totalité ou en partie, des tumeurs herniaires, saillantes à l'anneau inguinal, à l'arcade crurale, au périnée, dans le vagin, ou même, selon Lentin, à travers le trou ovalaire. Ces sortes de hernies peuvent survenir à tous les âges de la vie, bien qu'elles soient plus fréquentes chez l'adulte et chez le vieillard. Comme les changements qu'elles entraînent ont une portée notable dans les difficultés d'uriner, la rétention d'urine, le catarrhe vésical, le cathétérisme, les différents modes d'exploration et la pratique de plusieurs opérations, il importe de les connaître pour éviter les graves méprises qu'on pourrait commettre si on ne les avait présentes à la mémoire. Les hernies vésicales devaient donc trouver place ici; mais je n'aurai point à insister sur leurs causes, le mécanisme de leur production, leurs symptômes et le mode de traitement qu'elles exigent; il me suffira de noter les

(1) *Observations sur les pierres enkystées et adhérentes à la vessie* (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, Paris, 1743, t. I, in-4, p. 395).

plus saillantes des particularités qu'elles présentent, tant chez l'homme que chez la femme.

1. *Hernies vésicales chez l'homme.*

La cystocèle inguinale est la plus commune de toutes chez l'homme. Cette hernie peut exister d'un seul côté, ou des deux côtés à la fois, et être formée, soit par la vessie seule, soit en même temps par ce viscère et l'intestin ou l'épiploon. Elle varie beaucoup, quant à son volume, à sa consistance, à son étendue vers le scrotum, et aux accidents qu'elle détermine. Des différences non moins grandes ressortent de la position que la vessie occupe dans la tumeur, et des particularités que présente le sac herniaire.

La plupart des faits consignés dans les anciens auteurs, et plusieurs de ceux qu'on a observés dans ces derniers temps, démontrent que la hernie vésicale a été souvent méconnue. D'autres fois cependant on est parvenu à en établir le diagnostic avec plus ou moins de certitude.

Dans un cas cité par Ruysch, le malade, attaqué de difficultés d'uriner, ne parvenait à rendre l'urine qu'en relevant ses bourses, qui étaient distendues, et en les comprimant avec les mains. Il eût été difficile, d'après cela, de ne pas reconnaître que la tumeur herniaire était formée par la vessie, conjointement avec une anse d'intestin.

Lorsqu'il y a eu erreur, on a pris la tumeur, tantôt pour une hernie simple, tantôt pour une hydrocèle, parfois même pour un abcès ou un bubon.

Beaumont parle d'un homme dont les bourses avaient acquis le volume d'un melon : des accidents graves se déclarèrent, on crut que la tumeur était une hernie ordinaire, et l'on tenta de la faire rentrer ; mais la compression exercée sur elle fit sortir de l'urine, et l'effaça. Elle reparut plus tard. A la mort du malade, on trouva qu'elle renfermait une partie de la vessie et une grosse pierre. La vessie avait contracté de fortes adhérences avec les parties voisines.

J'ai observé également ces adhérences chez un homme qui portait deux hernies vésicales. Ces adhérences étaient très fortes, bien que les tumeurs ne fussent pas volumineuses, et que nul

accident n'eût fait naître le moindre soupçon de leur existence pendant la vie.

Un homme cité par Méry avait au côté gauche du scrotum une tumeur volumineuse, que l'on considéra comme une hydrocèle parce qu'elle était fluctuante; mais une compression fortuite l'ayant fait disparaître, en donnant écoulement à de l'urine par l'urèthre, on reconnut l'erreur dans laquelle on était tombé. Après la mort, on constata que le scrotum renfermait la plus grande partie de la vessie. La méprise fut poussée jusqu'au bout chez un pêcheur dont parle Plater. Cet homme, atteint de rétention d'urine, portait en outre une tumeur qui occupait une partie du scrotum. Un chirurgien, croyant cette tumeur produite par une hydrocèle, y pratiqua une incision par laquelle s'écoula beaucoup d'urine : le malade en fut quitte pour une fistule urinaire.

Ce qu'il y a de plus singulier, c'est que l'autopsie ait pu quelquefois ne pas suffire pour faire découvrir sur-le-champ l'erreur dans laquelle on était tombé pendant la vie. Verdier cite le cas d'un sexagénaire qui mourut à la suite de plusieurs rétentions d'urine. La vessie faisait hernie dans l'aine gauche, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'anneau. Il y eut d'abord de l'incertitude à l'égard des parties qui constituaient la tumeur, et les doutes ne furent levés que quand on la vit se gonfler par l'effet d'une injection d'eau dans la vessie. Cet organe avait entièrement changé de forme, et ressemblait à peu près à une calebasse. C'était son sommet qui avait franchi l'anneau.

La diminution et surtout la disparition de la hernie par la pression, coïncidant avec la manifestation du besoin d'uriner, et l'écoulement d'une certaine quantité d'urine par l'urèthre, sont des indices à peu près certains que la tumeur inguinale ou scrotale est formée en partie ou en totalité par la vessie. Ce phénomène suffit à J.-L. Petit, pour diagnostiquer une cystocèle chez un malade qui le consultait. Nous venons de voir qu'il avait aussi conduit à connaître la véritable nature d'une prétendue hydrocèle. Il donna également à penser que la vessie faisait partie d'une hernie inguinale dans un cas observé par Maurain. Le malade avait fait, douze ans auparavant, une chute de cheval, après laquelle la hernie s'était déclarée; il éprouvait des diffi-

cultés d'uriner, qui cessaient dès qu'on réduisait la tumeur. A la suite d'efforts pour monter en voiture, des douleurs vives se firent sentir dans l'aine, et bientôt apparurent tous les symptômes de l'étranglement. L'opération ayant été faite, on trouva dans la hernie une anse intestinale et le sommet de la vessie, qui avait contracté de fortes adhérences tant avec le scrotum qu'avec l'anneau.

Il y a une circonstance qui doit fixer sérieusement l'attention lorsqu'on est appelé auprès d'un malade, attaqué de rétention d'urine, et portant en même temps une ou deux tumeurs inguinales. Si la vessie forme, en partie ou en totalité, ces tumeurs, on ne découvre pas à la région hypogastrique celle que l'organe distendu y détermine dans la majorité des cas. A l'occasion d'un faitrapporté par Verdier, nous voyons Delaporte, se fondant sur ce qu'il n'y avait pas d'élévation à l'hypogastre, soupçonner que la vessie pouvait être engagée dans deux tumeurs inguinales, du volume d'un œuf de poule, que présentait un malade affecté de rétention d'urine. Des tentatives de réduction ayant fait couler quelques gouttes de liquide par l'urèthre, le chirurgien se contenta d'introduire une sonde et de vider les poches inguinales à l'aide d'une légère pression.

Sans la rétention d'urine, l'idée ne serait pas venue ici que la vessie entrait dans la composition des hernies. Dans un cas analogue, que j'ai rencontré il y a quelques années, la rétention n'avait pas lieu. On apercevait aux aines deux petites tumeurs, dont on ne s'occupa pendant la vie que pour faire porter un bandage, sans prendre d'ailleurs souci de leurs parties constituantes, car le sujet ne souffrait point. Une autre maladie ayant amené la mort, je m'assurai, à l'ouverture du cadavre, que les tumeurs étaient formées par la vessie. Le sommet de cet organe était fort élargi, et s'élevait au niveau des pubis, où il était retenu à droite et à gauche par une double expansion des parois engagées dans les anneaux, avec lesquels elles avaient contracté des adhérences.

Malgré ce qui précède, lorsqu'on voit pour la première fois un malade porteur d'une hernie volumineuse, et affecté de rétention d'urine, il est souvent difficile de déterminer si la vessie se trouve comprise dans la tumeur. Les renseignements fournis

sur les circonstances antérieures sont loin d'avoir toujours la précision désirable, et, dans les cas de hernies irréductibles, l'examen local des parties n'offre souvent que peu de ressources. Le scrotum est quelquefois distendu au point que la verge paraît à peine sur le côté de la tumeur, le gonflement se prolonge vers les aines, et il est impossible de distinguer les éléments qui entrent dans la composition de cette masse. Aussi n'y a-t-il rien de surprenant à ce que des praticiens expérimentés n'aient même pas soupçonné, dans ces circonstances difficiles, l'existence de hernies vésicales volumineuses.

L'écoulement de l'urine par l'urèthre, pendant les explorations ou les tentatives de réduction, est, comme je l'ai dit plus haut, le phénomène le plus propre à mettre sur la voie. Que la pression de la tumeur provoque seulement le besoin d'uriner, ou qu'elle détermine la sortie d'un peu d'urine par le canal, c'en est assez pour justifier le soupçon.

Dans les cas de hernie réduite et maintenue par un bandage, la vessie peut conserver les adhérences qu'elle avait contractées avec l'intestin ou l'épiploon herniés, et par suite le malade peut ressentir, au moment où elle se contracte, des tiraillements fatigants et même douloureux. Cette particularité s'est offerte dans ma pratique, chez un Américain, pendant que je rédigeais cet ouvrage. C'était un adulte d'une faible constitution, qui avait subi l'ablation du testicule gauche, devenu squirrheux, à la suite d'une uréthrite et d'une contusion. Les organes génitaux offraient un aspect tout particulier. Le pénis, grêle et allongé, semblait naître du milieu du périnée, entre la cuisse gauche et le scrotum. Celui-ci se présentait, du côté droit, sous forme de saillie arrondie, assez semblable à une mamelle de femme, et terminée par un mamelon presque aussi proéminent que la tête de la verge. Le malade avait une hernie inguinale droite, contenue par un bandage. Chaque fois qu'il voulait uriner, il éprouvait la sensation d'un tiraillement entre la hernie et le col de la vessie. Cette sensation était plus forte et même douloureuse lorsque l'expulsion de l'urine exigeait des efforts. Dès que je l'eus guéri d'un rétrécissement de l'urèthre dont il était affecté, la miction devint facile et exempte de douleur, mais la sensation d'un cordon tiraillé entre la hernie et le col vésical persista.

Ce n'est pas sans un sentiment de surprise qu'en parcourant les divers faits de hernie vésicale décrits par les auteurs, on voit que le meilleur moyen de diagnostic, le cathétérisme, a été presque entièrement négligé dans leur étude. Certes, la plupart des méprises dans lesquelles on est tombé auraient été évitées, si l'on avait eu recours à cette précieuse ressource. Suë le jeune l'a employée avec le plus grand succès. Il s'agissait d'une hernie dont le malade était atteint depuis cinq ans, et pour laquelle il portait un bandage, qui ne la contenait point exactement, sans doute à cause du volume énorme de la tumeur. L'excrétion de l'urine était difficile. Une rétention étant survenue, on essaya vainement de réduire la hernie; mais, après avoir sondé le malade pour le faire uriner, on remarqua que la tumeur scrotale avait considérablement diminué; la compression suffisait aussi pour faire sortir de l'urine par la verge. Ces données acquises, on supprima le bandage, on fit porter un suspensoir, et l'on engagea le malade à presser sur la tumeur toutes les fois qu'il sentirait le besoin d'uriner. Il suivit exactement ce conseil, et continua de vivre en assez bonne santé.

Le cathétérisme est donc la première opération à pratiquer en pareil cas. Après l'évacuation de l'urine contenue dans la vessie, il est nécessaire de laisser la sonde dans l'urèthre, pendant qu'on examine la tumeur et qu'on exerce quelques pressions sur elle. Si une partie de la vessie s'y trouve comprise, et si elle renferme de l'urine, le passage du liquide dans la portion abdominale de l'organe se fait immédiatement reconnaître par la sortie d'une quantité nouvelle de liquide. Nous devons noter toutefois que cet écoulement consécutif de l'urine après la déplétion de la vessie peut tenir aussi à l'existence de cellules; mais alors il n'y a pas de tumeur herniaire simultanément affaissée. Enfin, dans quelques cas compliqués, le diagnostic présente des difficultés assez grandes, comme le constatent les exemples de hernies survenues à la suite des plaies contuses ou pénétrantes de l'abdomen, dont Ruysch, S. Cooper, Larrey, etc., nous ont transmis les détails.

La présence de la vessie dans une tumeur herniaire étant reconnue, la conduite à tenir par le chirurgien varie suivant les

circonstances, et se trouve déjà tracée, jusqu'à un certain point, par les observations précédentes.

S'agit-il d'un cas simple, où la vessie ne se soit engagée qu'accidentellement dans l'anneau : on doit faire rentrer la hernie, et, par l'application d'un bandage, empêcher que la tumeur se reproduise. Il faut, en même temps, favoriser l'émission de l'urine, soit par la présence permanente de la sonde, ce qui est préférable, soit en introduisant celle-ci à chaque besoin d'uriner. Cette précaution est d'autant plus nécessaire que le malade fait de plus grands efforts, qui, seuls, suffiraient pour reproduire le déplacement de la vessie.

Si la tumeur herniaire venait à s'étrangler, et que la réduction fût impossible, il faudrait recourir au débridement. Mais ici je dois m'arrêter, pour ne pas entrer dans le domaine de la chirurgie générale. J'ajouterai seulement qu'on a vu les symptômes de l'étranglement se manifester, quoiqu'il n'y eût que la vessie engagée dans la tumeur. Le Journal de Rust rapporte l'autopsie d'un homme mort au milieu des accidents causés par l'étranglement d'une hernie inguinale, dont il était porteur depuis vingt ans, et chez lequel on trouva le sommet de la vessie serré par l'anneau, auquel il adhérait d'une manière intime. Dans un cas fort remarquable, qu'a publié M. Clément, un sexagénaire, atteint depuis vingt-cinq ans d'une hernie scrotale volumineuse, succomba après avoir éprouvé pendant quelque temps une constipation opiniâtre, de grandes difficultés d'uriner et une incontinence d'urine. La tumeur renfermait une grande portion du côlon, parfaitement sain, mais distendu par des matières, et la vessie presque entière, dont les parois, frappées de gangrène, contenaient deux bouteilles d'urine extrêmement fétide.

La cystocèle périnéale est très rare, chez l'homme surtout. Pipelet en a publié un exemple. La tumeur était survenue à la suite de deux efforts consécutifs, l'un en glissant sur un parquet, les cuisses écartées, l'autre en sautant un fossé. On a pensé qu'il y avait eu rupture, ou peut-être simple écartement des fibres du muscle releveur de l'anus ou des transverses du périnée, et que la vessie, cédant à l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, avait glissé entre elles, pour venir former hernie sous la peau du périnée. La tumeur était du volume d'un

œuf, oblongue et molle. En la pressant entre les doigts, on la faisait rentrer dans le bassin, et il restait au périnée une excavation arrondie, dans laquelle une petite noix aurait pu se loger ; mais la hernie reparaissait au moindre effort. Elle causait du malaise, de la pesanteur et une douleur sourde au périnée. Le malade y portait la main et la comprimait légèrement, afin de mieux uriner.

2. *Hernies vésicales chez la femme.*

On observe aussi chez les femmes quelques déplacements de la vessie, dont le sommet peut s'engager dans les anneaux inguinaux, ou sous les arcades crurales, et y former des tumeurs herniaires plus ou moins considérables. Verdier, qui rapporte des exemples de ces sortes de hernies, fait remarquer que la matrice comprimant, pendant la grossesse, le sommet de la vessie distendue par l'urine, ce dernier viscère éprouve alors plus de tendance à se porter sur les côtés.

Mais, dans quelques cas de grossesse ou de développement de la matrice produit par toute autre cause, la vessie peut être comprimée de haut en bas d'une manière plus générale, et par suite avoir plus de tendance à faire hernie vers le périnée, ou dans le vagin, que par les arcades crurales.

Chez une femme enceinte de cinq à six mois, qui se plaignait de grandes difficultés d'uriner, Méry découvrit entre la vulve et l'anus un peu sur le côté, une tumeur du volume d'un gros œuf, que la compression faisait disparaître, en même temps qu'elle provoquait la sortie de l'urine. Une autre femme, enceinte de six mois, dont Verdier rapporte l'observation portait sur le côté du périnée une tumeur qui augmentait lorsque la personne se tenait debout et restait longtemps sans uriner, mais qui cédait à la moindre pression. Cette tumeur était molle, fluctuante, indolente, et sans changement de couleur à la peau. Quand on la comprimait légèrement, l'envie d'uriner se manifestait ; si la compression devenait plus forte, quelques gouttes d'urine s'échappaient par l'urèthre. Elle disparut après l'accouchement, mais se reproduisit vers la fin d'une nouvelle grossesse.

On trouve dans le même auteur l'histoire d'une femme après

l'accouchement de laquelle on découvrit, à l'entrée du vagin, une poche pleine de liquide et du volume de la tête d'un enfant. Le doigt, introduit jusqu'au col de la matrice, reconnut que cette poche était implantée à la partie supérieure du conduit vulvo-utérin : la femme éprouvait de fréquents besoins d'uriner, douloureux à satisfaire. La sonde introduite ne vida pas la tumeur ; il fallut recourir à la pression pour faire sortir l'urine, et par là le vagin devint libre. Chez une autre femme, traitée par Baudelocque, la cystocèle vaginale faisait une saillie sensible hors de la vulve : l'introduction de la sonde fit disparaître la tumeur, mais elle se reproduisit au bout de deux heures. On la vida de la même manière et par la pression des doigts. L'accouchement eut lieu ensuite d'une manière heureuse.

La cystocèle vaginale peut se manifester aussi après l'accouchement, et déterminer des accidents graves, tels que la rétention des lochies et de l'urine, des douleurs locales, la fièvre, etc. Chaussier observa un cas de cette nature, dont Hoin a publié les détails. L'absence de toute tumeur à l'hypogastre, malgré la rétention d'urine, lui suggéra l'idée d'examiner le vagin, où il trouva une tumeur dont la réduction fit cesser les accidents.

Ce n'est pas seulement pendant l'état puerpéral ou à sa suite qu'on observe ces déplacements de la vessie du côté du vagin. Ruysch parle d'une femme qui éprouvait de grandes difficultés et d'horribles douleurs pour uriner ; on les attribuait à une chute de la matrice, faisant saillie au dehors ; mais, en palpant la tumeur, Ruysch reconnut qu'elle contenait des pierres, dont une incision longitudinale fit sortir quarante-deux, avec beaucoup d'urine. L'opération eut un plein succès. Dans un cas analogue, où la matrice, ayant entraîné la vessie, formait une tumeur du volume d'un petit melon, Tolet retira cinq calculs. Peyer eut occasion d'examiner le cadavre d'une femme qui avait longtemps souffert d'une chute de matrice : la vessie était comprise dans la tumeur, et le vagin renversé. Un médecin que cite Verdier, appelé auprès d'une petite fille atteinte de rétention d'urine, vit, à l'entrée du vagin, une tumeur du volume d'un œuf, dont les parois très minces laissaient apercevoir un liquide. La malade étant morte au bout de quelques heures, on reconnut que ce

liquide était de l'urine. Du reste, le fait est incomplet et accompagné de bizarres explications.

Un cas remarquable, dont les journaux allemands ont publié les détails (*Gazette médicale*, 1836, p. 119), a été observé par le docteur Buck. Pendant douze années, à la suite d'un accouchement laborieux, une femme de cinquante ans éprouva quelques troubles dans la miction, et des douleurs du côté du vagin, dans lequel il se forma une tumeur qui augmenta progressivement de volume, au point de former à l'entrée de la vulve une saillie très gênante, que la malade finit par ne plus pouvoir faire rentrer. Il n'y avait pas de rétention d'urine.

« M. Buck, ayant examiné la malade, trouva entre les grandes lèvres un corps dur, de la grosseur de la tête d'un fœtus de sept mois, résistant partout à la pression, recouvert supérieurement de végétations cancriformes, sécrétant une sanie fétide, ichoreuse, et présentant dans son tiers inférieur une surface sèche, non ulcérée, d'un rouge vif, qui avait tout à fait la forme de la portion vaginale de l'utérus, mais d'une plus grande dimension. Il existait sur cette tumeur une fente transversale que l'on prit pour l'orifice du col utérin, et dans laquelle on put faire entrer une sonde jusqu'à 15 millimètres environ. En promenant le doigt autour de la tumeur et en cherchant à pénétrer entre elle et le vagin, ce que l'on ne put exécuter sans la comprimer et la faire saigner, on se sentait bientôt arrêté, surtout à la commissure supérieure des grandes lèvres, qui cernaient étroitement cette masse fongueuse. Sa base se trouvait ainsi partout circonscrite par un rebord formant un angle rentrant et fermé. Le vagin, renversé et descendu, paraissait recouvrir la tumeur, et se continuait de telle sorte avec la membrane interne des grandes lèvres, que toute la masse se confondait avec le périnée par une ligne presque droite.

»Le doigt, introduit dans le rectum, ne put nulle part découvrir l'utérus ; mais en allant plus avant, il pénétra dans ce qu'on croyait être le vagin renversé, comme dans un épais fourreau. On essaya de sonder à la manière habituelle, mais toujours sans succès. L'orifice uréthral, douloureux et saignant au moindre attouchement, était recouvert de végétations ; d'ailleurs, l'urine était rendue en quantité ordinaire, et à part les incommodités

résultant du contact de ce liquide avec les endroits ulcérés, la malade n'éprouvait rien de particulier.

» L'absence de tout symptôme du côté de la vessie et les caractères extérieurs de la tumeur firent diagnostiquer une descente complète de la matrice passée, par suite d'une inflammation lente, à la dégénérescence cancéreuse. Il fut arrêté, à la suite d'une consultation de plusieurs chirurgiens et accoucheurs, qu'on en ferait l'extirpation. Dans cette opération longue, difficile et douloureuse, on reconnut qu'il y avait eu erreur de diagnostic ; mais il n'était plus temps de s'arrêter. La malade succomba à la sixième semaine.

» L'autopsie fit voir qu'en effet la tumeur, qu'on avait prise d'abord pour une descente de la matrice, était formée entièrement par la vessie, qui était descendue peu à peu, par ses faces intérieure et postérieure, poussant insensiblement devant elle la paroi supérieure du vagin.

» Les trois quarts du volume de cet organe se trouvaient situés entre et au delà des grandes lèvres, enveloppés par la membrane du vagin, dont une couche mince et dépourvue d'excroissances cancéreuses tapissait encore la tumeur.

» La partie inférieure de cette tumeur, qui présentait la forme du segment antérieur de l'utérus, non carcinomateuse, offrait une surface unie et un tissu compacte, de consistance cartilagineuse. Ce n'est qu'après avoir fait de bas en haut une incision d'un pouce et demi en cet endroit, que l'on put arriver jusqu'à la vessie. »

Ce fait prouve combien on peut se méprendre au sujet de lésions qu'on a sous les yeux, et qu'on croirait dès lors pouvoir être toujours déterminées d'une manière rigoureuse. Dans beaucoup de cas moins graves, surtout en ce qu'ils sont moins avancés, le développement anormal du corps de la matrice, en poussant la vessie en avant et en bas, rend la miction plus ou moins difficile, et produit des lésions sur la nature et la cause desquelles on est très exposé à tomber dans l'erreur. L'urèthre est généralement alors très large ; ses parois, épaisses, mais non indurées, font une saillie notable, et les parties externes de la génération, notamment les petites lèvres, paraissent plus développées que dans l'état normal.

Entre autres cas de ce genre, j'ai visité, le 4 avril 1852, madame ***, mère de deux enfants, qu'on avait traitée à différentes reprises pour une lésion du col utérin, et qui éprouvait depuis quelques mois des troubles notables et fatigants dans l'excrétion de l'urine. Le col et le corps de l'utérus étaient durs et volumineux, mais peu sensibles ; une pression, même forte, n'y produisait pas de douleurs. A l'exploration de la vessie, pour laquelle la malade m'avait été adressée, je trouvai l'urèthre très libre et la surface de la vessie dans l'état normal ; mais la cavité de ce viscère avait fort peu d'étendue d'avant en arrière. La sonde, après avoir franchi l'orifice interne du canal, rencontrait presque immédiatement une tumeur interne en relief dans la vessie.

Chez la femme, plus que chez l'homme, la distension du réservoir de l'urine repousse en bas le col vésical et l'urèthre. Le vagin est aussi refoulé, et sa paroi antérieure vient s'appliquer contre l'orifice de la vulve, où elle produit une tumeur, qui fait quelquefois saillie au dehors. A mesure que les souffrances se prolongent, les tissus cèdent, l'urèthre se dilate, et la vessie tend à former une cavité plus considérable. Si l'on introduit une sonde, on trouve l'urèthre fortement dévié en bas, à tel point même que des chirurgiens, à l'esprit desquels la possibilité de cette disposition n'était pas présente, n'ont pu pénétrer dans la vessie. Lorsqu'on est parvenu, au moyen d'une grosse sonde, à redresser le canal, on est étonné de son excessive brièveté ; son orifice interne semble toucher au méat urinaire.

J'ai observé depuis peu de temps un cas très remarquable de ce genre, chez une femme très chargée d'embonpoint, qui éprouvait depuis longtemps des difficultés d'uriner. La vessie formait entre les grandes lèvres une tumeur du volume du poing, qu'on ne pouvait comprimer sans faire sortir de l'urine, ou provoquer le besoin d'uriner. Une sonde que je parvins à introduire dans la vessie, sans beaucoup de difficultés, évacua environ 500 grammes de liquide. Malgré toutes mes recherches au moyen du doigt porté dans le vagin et de la sonde maintenue dans l'urèthre, je ne pus parvenir à reconnaître avec précision de quelle manière le déplacement s'était opéré. Je ne crois pas encore qu'il s'agit d'une cellule vésicale. Il y avait en même temps abaissement notable de la matrice. Le col de cet organe paraissait à la

moins considérable de la vessie; tantôt c'est la membrane muqueuse de l'urèthre ou du col vésical qui se renverse. Quelquefois la tumeur est formée seulement par la membrane muqueuse du sommet ou de toute autre région de la vessie. Hoin a examiné une fille de vingt-cinq ans, incommodée de rétention d'urine, chez laquelle la membrane interne du col vésical s'échappait par l'urèthre ; cette tunique renversée formait au dehors une tumeur allongée, de la grosseur du petit doigt, qui avait paru à la suite de grands efforts; la saillie persista pendant plusieurs jours, et s'effaça ensuite d'elle-même. Chez une femme à laquelle Chopart donna des soins, le renversement de la membrane interne de l'urèthre produisait une tumeur cylindroïde, saillante en dehors de 12 centimètres, par l'extrémité frangée de laquelle l'urine découlait, et dont l'excision fut pratiquée avec succès. Ce phénomène a lieu quelquefois lorsqu'un calcul vient à s'arrêter dans l'urèthre. Une femme très replète éprouva des difficultés d'uriner et des douleurs à la région pubienne, qui persistèrent. Plus tard survint une rétention d'urine, qui exigea l'emploi de la sonde. Souvent il suffisait à la malade de se coucher sur le dos, en écartant les cuisses, pour uriner avec facilité. Quand ell e n' parvenait pas, elle se servait d'une sonde, qui lui paraissait refouler une petite tumeur placée au col de la vessie. Percy la vit dans un moment où cette tumeur, faisant saillie au méat urinaire, empêchait depuis douze heures tout écoulement de l'urine ; elle ressemblait à une masse de chair du volume d'un œuf de pigeon, rouge, inégalement boursouflée, sillonnée en travers, assez résistante et médiocrement sensible. Elle rentrait d'elle-même, ou par la pression, soit de la sonde, soit du doigt. Quand la malade avait le courage de souffrir vingt à vingt-quatre heures, la rentrée de cette tumeur se préparait peu à peu, puis s'achevait tout à coup, avec bruit, et l'urine coulait involontairement. Percy la regarda avec raison comme étant due à l'extroversion d'une partie des parois de la vessie.

CHAPITRE II.

ABCÈS DANS L'ÉPAISSEUR DES PAROIS VÉSICALES.

Les auteurs rapportent un assez grand nombre de cas d'abcès de la vessie. J'en ai observé moi-même plusieurs exemples chez des sujets atteints de la pierre, et quelques-uns d'entre eux sont consignés dans mon ouvrage sur l'affection calculeuse (p. 308 et suiv.).

Ces collections purulentes se développent dans des circonstances très variées. Elles dépendent sans doute constamment de l'inflammation des parois vésicales ; mais cette inflammation n'est presque jamais franche, aiguë, isolée, et c'est dès lors comme complication ou comme effet d'autres lésions qu'on les observe ordinairement.

D'autre part, les abcès vésicaux présentent de nombreuses variétés, eu égard à leurs causes, à leur siége et à leur mode de terminaison.

§ 1. Siége.

Sous le premier point de vue, il arrive quelquefois que le pus s'infiltre entre les mailles du tissu cellulaire qui unit les feuillets des parois vésicales, en sorte qu'elles paraissent avoir acquis beaucoup d'épaisseur. Divers exemples de cette disposition sont consignés dans les livres : un, entre autres, est rapporté par Bonet. Ailleurs, le pus semble diviser ces mêmes parois en couches superposées, entre lesquelles il s'étale sous forme de nappe, comme Ruysch l'a observé. A proprement parler, ce n'est là qu'une simple nuance du cas précédent. Dans certaines circonstances, le liquide se réunit en plusieurs petits foyers distincts, disséminés sur une plus ou moins grande étendue. Enfin il peut arriver qu'il se rassemble en une ou plusieurs masses d'un volume plus ou moins variable. Hellwig a trouvé, chez une femme, la vessie rendue très volumineuse par le fait d'un dépôt de pus fétide existant entre ses tuniques, dont l'interne était intacte.

Le Catalogue du musée anatomique de l'hôpital Saint-Bartholomée mentionne (t. I, p. 387, sous le n° 34) un cas dans lequel

[illegible] extérieure de la vessie, des abcès circon- [illegible] et la membrane musculeuse. Le tissu cel- [illegible] par la suppuration, et l'on voyait à nu dans [illegible] fibres charnues. La membrane interne [illegible] quelques points, ces abcès communiquaient [illegible] vésicale. M. Cruveilhier cite un cas d'abcès sous- [illegible] la région du bas-fond de la vessie, qui s'ouvrit dans [illegible] péritonéale par deux petites perforations (1). Chopart [illegible] dans l'épaisseur des parois de la face latérale droite de la [illegible] comme deux vastes foyers purulents, séparés l'un [illegible] confinant au cæcum. A cette catégorie se rapportent [illegible] cas qui se sont offerts dans ma pratique. On verra [illegible] que ces collections multiples peuvent exister sur des [illegible] assez distants les uns des autres.

[illegible] ces abcès sont net de la vessie, et à sa partie antérieure, [illegible] abcès se forment le plus communément. Chopart et ceux [illegible] se sont trompés, en leur assignant pour siége ordi- [illegible] le côté du périnée. Cette erreur me paraît tenir à ce qu'on [illegible] comme abcès des parois vésicales des collections [illegible] dans le corps prostatique, ou même dans le tissu cel- [illegible] qui avoisine le col de la vessie, et surtout des cellules enflam- [illegible] suppurantes, qui sont communes vers le bas-fond de cet [illegible] ou bien encore des collections purulentes consécutives [illegible] épanchements circonscrits de l'urine dans la cavité abdomi- [illegible] cependant on a rencontré les abcès qui nous occupent, du [illegible] vers le col vésical et sur les parties latérales du [illegible] organe. Il peut y en avoir aussi dans plusieurs régions [illegible] En ouvrant un cadavre à l'hôpital Necker, j'ai trouvé [illegible] considérable à la face antérieure de la poche urinaire, [illegible] de volume presque égal, à sa face inférieure et laté- [illegible] Dans le cas déjà cité de Lapeyronie, il y avait un [illegible] vésical, et un autre le long de l'uretère, depuis son [illegible] jusqu'au rein.

[illegible] ne saurait pas confondre les abcès des parois de la vessie avec [illegible] collections purulentes qu'on observe de loin en loin en [illegible] de ce viscère, aussi bien que sur le trajet des canaux excré- [illegible]

(1) [illegible] de la Société anatomique, 1836, p. [illegible]

tinal, et qui sont la conséquence d'inflammations circonscrites, ou d'un travail morbide qui s'opère dans des organes situés plus haut, les reins par exemple. Ainsi que nous l'avons vu en 1851, chez une femme morte à l'hôpital Necker, il paraît qu'à leur début ces abcès sont indépendants de toute lésion de la vessie et de l'intestin, et que si, au moment de la mort, ces organes sont plus ou moins affectés, il faut l'attribuer à la phlegmasie consécutive que la collection purulente développe dans les tissus environnants à mesure qu'elle fait des progrès.

Quelle que soit la région que les abcès des parois vésicales occupent, ils peuvent être plus ou moins rapprochés de la face externe ou de la face interne de l'organe. De cette différence il résulte qu'à leur ouverture le pus s'épanche tantôt dans l'intérieur de la vessie, et tantôt au dehors. Chopart a ouvert le cadavre d'un homme dont la vessie offrait, près de l'ouraque, un abcès interstitiel bien caractérisé; sa paroi interne était si mince, qu'elle se rompit en la pressant, et un pus blanc et fétide s'écoula en abondance.

§ 8. Causes.

Il est des circonstances dans lesquelles on ne découvre, aux abcès de la vessie, aucune cause appréciable. Tel est le suivant, dont j'emprunte les principaux détails à Chopart. Une femme conçut pour la septième fois, après une perte considérable. Pendant cette grossesse, il se déclara des difficultés d'uriner et des rétentions d'urine. Les quelques gouttes de ce liquide que la malade parvenait à rendre avec peine étaient puriformes; le ventre devint tendu et douloureux, les téguments s'enflammèrent; on sentait une fluctuation bien marquée au pourtour de l'ombilic; la fièvre était vive, la langue sèche, la soif ardente. Une incision pratiquée sur la ligne blanche donna issue à beaucoup de pus et d'urine, dont il sortit encore une grande quantité les jours suivants, surtout lorsqu'on pressait le ventre de bas en haut. La malade fut mise à l'usage des bougies, et peu à peu la plaie se cicatrisa; mais l'urine conserva encore pendant quelque temps le caractère purulent. Il s'est offert à moi un fait qui a du rapport avec celui-là. Un jeune homme eut un abcès considérable à la partie antérieure de la vessie; il n'existait ni pierre ni au-

cune lésion de l'urèthre : toutes les recherches qu'on fit pour découvrir la cause de cette énorme collection demeurèrent sans résultat.

Divers faits recueillis par les auteurs établissent que les abcès de la vessie peuvent dépendre d'une cause traumatique. La femme dont j'ai parlé plus haut, d'après Hellwig, fut atteinte du dépôt qui la fit périr, à la suite d'un coup de pied de vache reçu dans le bas-ventre. Morgagni rapporte l'histoire d'une jeune fille qui mourut des suites d'un abcès développé à l'hypogastre, et dont la formation avait été déterminée par une longue aiguille introduite dans la vessie, à travers les parois de laquelle elle s'était fraye une voie dans les parties molles environnantes. Des faits analogues se sont multipliés dans ces derniers temps. Cependant Baillie a été beaucoup trop loin en prétendant que les collections purulentes dont il s'agit ici surviennent principalement par l'effet d'une inflammation succédant à une violence exercée du dehors. Ce qui y a de certain, c'est qu'elles reconnaissent fréquemment pour cause la rétention d'urine déterminée par la présence d'un obstacle placé dans l'urèthre. Plusieurs faits cités par les anciens chirurgiens, et ceux en plus grand nombre que la pratique a offerts de nos jours, ne permettent pas d'en douter. Eustach rapporte qu'une pierre engagée au col de la vessie [illegible] qu'occasionnait de grandes difficultés d'uriner, devint [illegible] à la formation, près de l'ombilic, d'une tumeur qui s'ouvrit [illegible] par où s'écoulait du pus et de l'urine, et se cicatrisa [illegible] la guérison ne put être obtenue qu'après le rétablissement de la voie naturelle, par l'extraction de la pierre [illegible] Un jeune homme chez lequel, à la suite de douleurs [illegible] urine, il se forma, vers la partie moyenne et inférieure du ventre, une tumeur qui s'ouvrit d'elle-même, laissant un grand écoulement de pus et d'urine, et laissant [illegible] au bout de quelque temps [illegible] un calcul logé dans la vessie [illegible] à la partie la plus [illegible] de la vessie [illegible] du diamètre de long [illegible] entraînent [illegible] douleurs de [illegible] avoir pris

pour de véritables abcès des cellules vésicales en suppuration; mais dans d'autres cas il s'agissait réellement de collections purulentes. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la présence d'une sonde dans le canal, ou l'emploi soit du caustique, soit de tout autre moyen destiné à détruire la coarctation, déterminent quelquefois la formation d'abcès dans les parois vésicales. Enfin, toute phlegmasie, toute irritation prolongée du col et du corps de la vessie, quelles qu'en soient les causes, peut entraîner le même accident, bien qu'on ne découvre aucune communication appréciable entre le point où siége l'irritation et celui où se développe l'abcès. On peut rapprocher plusieurs de ces cas de ceux dont j'ai parlé dans le premier volume de ce traité, et dans lesquels on voit des collections purulentes dans les parois de l'urèthre, sans communication manifeste entre le canal et la cavité du foyer. Ajoutons que dans plusieurs abcès des parois vésicales, il y a ramollissement, destruction plus ou moins étendue de la membrane muqueuse de la vessie, dont les fibres charnues sont mises à nu, comme si on les avait disséquées. La filtration de l'urine dans les foyers est d'autant plus facile à comprendre alors que la vessie, presque toujours hypertrophiée, se contracte avec force sur le liquide, qui se trouve comprimé entre les parois du viscère qui le chassent, et les obstacles du col et de l'urèthre qui l'empêchent de s'écouler.

Lallemand a publié un cas aussi remarquable par l'irrégularité de la marche des symptômes de la maladie et les difficultés du diagnostic, que par l'inutilité du traitement et les altérations qui furent constatées à l'autopsie.

Il s'agit d'un sexagénaire tourmenté pendant longues années de difficultés d'uriner qui avaient résisté à tous les traitements Depuis trois ans, ce malade éprouvait, tous les deux ou trois mois, des accidents graves, à la suite desquels il rendait du pus en plus ou moins grande quantité. Dans l'intervalle de ces accès, son existence était d'ailleurs fort déplorable.

Deux rétrécissements de l'urèthre, à 18 et à 21 centimètres environ, furent détruits par la cautérisation; mais le malade conserva les difficultés d'uriner, et le passage de la sonde, au col de la vessie surtout, rencontra des obstacles si grands, que le chirurgien, après plusieurs tentatives inutiles, ne parvint dans la

vessie qu'en adoptant le procédé décrit par W. Hey. Plus tard, les mêmes difficultés se présentèrent, bien que les dispositions anormales du col vésical fussent parfaitement connues. On se décida alors à laisser une sonde en permanence dans le canal. Après plusieurs mois de ce traitement, qui fut modifié de différentes manières, on ne parut pas plus avancé : le malade ne pouvait pas mieux uriner. Bientôt même se manifestèrent des symptômes d'inflammation aux corps caverneux et au tissu spongieux de l'urèthre, ainsi que dans la vessie et ses dépendances. Après trois jours d'agonie, le malade succomba.

A l'autopsie du cadavre, on trouva les corps caverneux entièrement désorganisés et réduits en une espèce de bouillie qui avait, dans certains points, la couleur du pus, et dans d'autres l'aspect de la lie de vin. Ces liquides étaient infiltrés dans le tissu érectile, d'où on les exprimait comme d'une éponge. A l'exception de lacunes qui étaient très dilatées, et de quelques inégalités plus ou moins dures, la partie profonde de l'urèthre ne présentait pas de désordres notables. Le col de la vessie ayant été incisé par sa partie supérieure, on trouva les deux côtés de la portion supérieure de la prostate plus épais que de coutume, pâles et très denses. En les écartant, on voyait la membrane muqueuse percée comme une écumoire, d'un grand nombre de trous qui la traversaient pour se réunir dans une cavité qui remplaçait le corps de la prostate, et d'où l'on faisait sortir un liquide puriforme mêlé de sang. A travers la division de la membrane muqueuse, on arriva dans cette cavité, qui était anfractueuse, inégale, et pouvait avoir 27 millimètres d'étendue dans tous les sens ; elle n'était séparée du rectum que par une épaisseur de tissu de 2 millimètres environ ; en un mot, il ne restait dans cet endroit que la coque de la prostate. La luette uréthrale était fort saillante, du volume d'une noisette, et se continuait à droite et à gauche, avec une saillie transversale de la vessie : c'était un repli de la membrane muqueuse que le moyen lobe tuméfié de la prostate soulevait et distendait. Au-dessous de ce repli se trouvait un calcul ovoïde, blanchâtre et rugueux, pesant plus de 30 grammes, et ayant 40 millimètres environ dans son plus grand diamètre. Ce calcul était recouvert aux deux tiers par le repli de la vessie. Le point correspondant du bas-fond de ce viscère offrait une plaque d'un

rouge noirâtre, annonçant un état très voisin de la gangrène, et dont le tissu, dans l'épaisseur de plusieurs millimètres, avait perdu sa consistance, et laissait exsuder du sang noir.

Le sommet de la vessie se déchira, et permit au doigt d'entrer dans une cavité de 9 à 10 centimètres de diamètre, inégale, anfractueuse, qu'on prit d'abord pour celle de la vessie, mais qui ne communiquait avec elle que par un orifice de 12 à 15 millimètres, parfaitement régulier, à bords lisses et minces, mais résistants. C'est après avoir fendu la partie supérieure de la vessie qu'on vit cette ouverture de communication entre le réservoir de l'urine et la cavité formée dans l'épaisseur de ses parois.

On voit dans ce fait, à part les désordres dont l'urèthre et le corps caverneux étaient le siége : 1° un abcès de la prostate qui avait réduit cette glande à l'état de coque, et les altérations profondes de la membrane muqueuse correspondante, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans ces cas; 2° une barrière uréthro-vésicale appartenant à l'espèce de celles que j'ai décrites dans le tome II de ce traité; 3° une poche ou excavation du bas-fond de la vessie, derrière et au-dessous du corps de la prostate désorganisé; 4° un gros calcul en partie recouvert par un repli vésical, et qu'on n'avait pas découvert pendant la vie; 5° enfin une vaste poche à la paroi supérieure de la vessie, que l'auteur considère comme le foyer d'un abcès développé, dit-il, entre les membranes muqueuse et musculeuse, par suite d'une inflammation provoquée, sans doute, par le contact de l'extrémité l'une des sondes de gomme élastique enfoncée trop profondément; ajoutant que l'ouverture arrondie qui faisait communiquer cette poche avec la cavité vésicale correspondait probablement au point de la membrane muqueuse contre lequel appuyait le bec de la sonde. Si l'on veut bien se rappeler ce qui a été dit de cette ouverture de communication, on sera sans doute conduit à penser qu'il s'agit ici, non d'un abcès, mais bien d'une cellule vésicale qu'il n'est pas rare de rencontrer en cet endroit, ainsi qu'on l'a vu précédemment. Du reste, l'auteur a eu raison d'attribuer aux rétrécissements de l'urèthre et au séjour forcé de l'urine dans son réservoir les désordres considérables qu'on a observés dans ce cas.

Les sondes laissées en permanence dans la vessie entraînent

souvent des accidents sur lesquels j'ai appelé l'attention des praticiens dans les deux premiers volumes de ce traité. Mais l'influence qu'on leur attribue sur la production des abcès et des perforations de la vessie me paraît exagérée. Quoi qu'il en soit, l'observation que je viens de citer offre un grand intérêt, en ce qu'elle fait voir une longue série de désordres produits par le séjour forcé de l'urine dans son réservoir, et constate surtout la difficulté de les reconnaître pendant la vie. Sans compter quelques lésions secondaires relatées dans l'autopsie, et qui ne purent être appréciées sur le vivant, la tumeur énorme qui surmontait le sommet de la vessie ne fut pas aperçue, et l'on ne soupçonna même pas la présence de la pierre. Si un praticien aussi habile que l'auteur de l'observation a pu ne pas reconnaître l'existence de cette tumeur et de cette pierre, à quelles méprises ne sont pas exposés des chirurgiens moins expérimentés, surtout lorsqu'il s'agit d'états morbides moins faciles à distinguer!

Ainsi que je l'ai déjà fait observer, dans certains cas, moins rares qu'on ne serait porté à le penser, la cause des abcès de la vessie n'ayant pu être appréciée, leur formation n'est même pas soupçonnée, et l'on n'est averti de leur existence que par la sortie de la matière purulente à travers l'urèthre ou le rectum, le plus communément, et quelquefois par d'autres voies. Mais alors sont-ce des abcès de la prostate, de la vessie ou du tissu cellulaire pelvien? Sont-ce des abcès stercoraux? Sont-ce des tubercules ramollis? Sont-ce des collections purulentes formées dans les organes voisins, et dont le produit se fait jour sur un point plus ou moins éloigné de leur siége? Sont-ce des cellules en suppuration? C'est ce qu'on ne distingue presque jamais, comme j'espère le démontrer dans les considérations qui vont suivre.

§ 3. Diagnostic.

Il résulte de ce qui précède, que le diagnostic des abcès de la vessie présente plus de difficultés qu'on ne serait porté à le croire au premier aperçu, et que ne l'ont pensé des auteurs graves. Nous lisons en effet, dans Chopart, qu'il faudrait être peu attentif aux caractères de la rétention d'urine et ignorer ceux d'un abcès du

tissu cellulaire, pour confondre les tumeurs qu'ils produisent avec celles de la vessie distendue et développée au-dessus des pubis. Mais, d'abord, il n'y a pas toujours tumeur appréciable dans les cas d'abcès : c'est ce que démontrent beaucoup de faits consignés par les auteurs, et plusieurs de ceux que j'ai observés. Ensuite, lorsque la tumeur existe, elle est susceptible de présenter tant de différences, qu'il y aurait de la témérité à prétendre déterminer d'emblée, et en procédant comme on l'a fait jusqu'à présent, s'il s'agit ou non d'une collection de pus, et à plus forte raison si cette collection a son siége dans l'épaisseur même des parois vésicales plutôt que dans les tissus environnants. Sous tous ces rapports, le diagnostic offre beaucoup d'obscurité. Soutenir une opinion différente, serait faire preuve d'inexpérience. On a prétendu que l'existence d'un abcès des parois vésicales devait se conclure de ce qu'à des époques déterminées d'une maladie des voies urinaires, il s'échappait par l'urèthre du pus, tantôt pur et tantôt mêlé avec de l'urine. Or, plusieurs faits relatés dans mon *Traité de l'affection calculeuse*, et d'autres dont j'aurai à donner l'exposé, prouvent que souvent certains sujets rendent par l'urèthre de la matière purulente seule ou mêlée à l'urine, soit qu'elle provienne des reins ou des uretères, soit qu'elle ait son origine dans la vessie elle-même, sans qu'il y ait d'abcès. C'est ce que confirment des faits nouveaux que j'ai été en position d'observer. Donc, la sortie accidentelle du pus par l'urèthre n'est pas un signe pathognomonique d'abcès des parois vésicales ; donc encore, si l'on se borne à ce seul caractère, on est exposé à commettre des méprises, et à confondre les abcès en question avec plusieurs autres maladies des parois vésicales ou des organes sécréteurs de l'urine.

J'en dirai autant des données fournies par l'ouverture de la collection purulente au dehors, ou par l'intestin ou la vessie, et que l'on a présentées comme une preuve certaine de l'existence de l'abcès. Il est bien vrai que dans plusieurs cas dont j'ai donné les détails, et dans quelques autres recueillis par divers praticiens, il a été possible de reconnaître que le pus venait, soit des parois vésicales, soit du pourtour de la vessie, que l'abcès s'ouvrît d'ailleurs dans l'aine, ce qui n'est pas rare, à l'hypogastre, à l'ombilic, dans la vessie ou dans l'intestin, ainsi que je l'ai vu, et comme l'attestent les faits cités par les auteurs. Mais d'abord,

cette connaissance arrive un peu tard, et j'ajouterai de plus qu'elle ne suffit pas encore pour donner au diagnostic le caractère de certitude qu'on lui attribue.

Je viens de dire que les abcès des parois vésicales ne produisent souvent pas de tumeur appréciable, soit que celle-ci, ayant peu de volume ou beaucoup de largeur, se fonde pour ainsi dire avec les parties environnantes, soit que son siége dans l'excavation pelvienne, vers la face postérieure ou latérale de la vessie, la rende inaccessible à nos moyens d'exploration directe, surtout chez les sujets chargés d'embonpoint. Des complications coexistantes peuvent d'ailleurs faire prendre le change, et ce n'est alors que par un concours fortuit de circonstances que le praticien arrive quelquefois à soupçonner la véritable nature du mal. La douleur n'a aucun caractère spécial, et parfois même n'existe pas. Le toucher par le rectum est presque toujours inutile. La saillie que la tumeur peut faire sur les côtés de la vessie est rarement assez prononcée pour qu'on l'apprécie, ou du moins pour permettre de distinguer ce qu'elle contient. Les troubles fonctionnels n'offrent rien de particulier, non plus que la douleur fixée dans un lieu déterminé, une matité insolite à la percussion, le ballonnement du ventre, le pouls petit et concentré, la fièvre, le hoquet, le vomissement : aucun de ces signes n'a de valeur absolue. Les circonstances commémoratives, telles que les symptômes d'inflammation aiguë, profonde, siégeant dans le bassin, n'en ont pas davantage, par cette double raison que ces accidents ne peuvent que faire soupçonner un abcès sans localiser son siége, et que beaucoup d'abcès se produisent lentement, sans inflammation intense appréciable.

Quant aux explorations par la face interne de la vessie, il est rare qu'on en tire quelque lumière. La plupart du temps, la tumeur n'est point en relief de ce côté ; et le fût-elle même, on ne parviendrait pas à en distinguer le contenu.

Je citerai un nouvel exemple de la difficulté du diagnostic des abcès de la vessie et des complications qui les accompagnent si souvent.

Un médecin, le docteur Robertson, à la suite d'accidents graves qu'il avait éprouvés dans la région de la vessie, me fit appeler, afin de m'assurer s'il n'avait pas la pierre. N'en ayant

pas trouvé, je cessai de le voir. Plusieurs de mes confrères furent successivement consultés, et chacun se forma une idée un peu différente de la cause des désordres. M. Robertson succomba : « La vessie était convertie en une tumeur du volume de la tête d'un enfant de deux ans, adhérant fortement à plusieurs anses d'intestin grêle, et avec un large lambeau d'épiploon ; les parois vésicales offraient une épaisseur extraordinaire (de 4 à 5 centimètres), et quatre ou cinq petits abcès, du volume d'une noisette à une noix, dans le tissu même de la substance musculaire, ou entre celle-ci et le péritoine. Des abcès existaient également dans la portion adhérente de l'épiploon. La cavité vésicale était très petite : la muqueuse était excoriée, ramollie ; le péritoine correspondant fortement épaissi et opaque (1). »

Les ressources de l'art, en ce qui concerne le diagnostic, sont à peu près restreintes aux cas dans lesquels la collection purulente se dessine à la face antérieure et au sommet de la vessie. On voit alors se développer, à la région inférieure du ventre, une tumeur variable, eu égard à sa forme, à son volume, à sa consistance et à son mode de développement. Le palper abdominal et la percussion fournissent des notions alors importantes; mais quand la tumeur est petite, et que la vessie a peu de capacité, elle peut demeurer caché derrière le pubis. On peut même, et je ne saurais trop insister sur ce fait, ne point soupçonner son existence, comme on le voit dans plusieurs cas anciens, et entre autres, dans celui dont j'ai parlé dans ma seconde lettre sur la lithotritie. Là une collection purulente ne fut découverte qu'au moment où l'on divisa les parois abdominales pour pratiquer la cystotomie sus-pubienne.

Les méprises sont donc faciles, et elles ont été commises plus d'une fois, même par des praticiens exercés. Colot parvint cependant à s'en garantir, et Home assure avoir eu le même bonheur. Mais Hunter n'y a point échappé. Chez un malade dont la vessie regorgeait d'urine, et qu'on croyait atteint d'ascite, il ne reconnut cette grave erreur qu'à l'odeur et aux autres qualités du liquide fourni par la canule du trois-quarts qu'il avait plongée à

(1) *Annales de thérapeutique*, juillet 1847.

travers les parois abdominales. La tumeur formée par la collection purulente peut être prise en effet pour une ascite, ou pour la vessie distendue, surtout quand cette dernière, pleine d'urine, fait saillie à l'aine, et non sur la ligne médiane, ce qui arrive quelquefois. Verdier parle d'une tumeur de ce genre, qui fut prise pour un abcès vénérien. On appliqua le cautère, on incisa l'eschare, et une pierre trouvée au fond de la plaie, jointe à l'urine qui s'écoula, mit en évidence la méprise dans laquelle on était tombé.

Ainsi, on peut croire qu'il s'agit d'un abcès chez un malade atteint de rétention d'urine, et de rétention d'urine lorsqu'il est question d'un abcès. L'erreur tient aux difficultés qu'on éprouve à introduire la sonde, et l'on conçoit d'après cela combien il importe de chercher tout d'abord à faire pénétrer cet instrument dans la vessie, question sur laquelle je reviendrai. Qu'il me soit permis de présenter ici deux faits à l'appui des assertions que je viens d'émettre.

Le premier de ces faits a été recueilli dans un hôpital de Paris, et publié, en 1829, par les journaux de médecine. Un vieillard, dont l'urèthre était rétréci, fut atteint de rétention complète d'urine. Un abcès urineux se forma au périnée, et une tumeur considérable apparut à la région hypogastrique. On fit des tentatives réitérées, avec les sondes ordinaires d'abord, puis avec les sondes coniques, pour pénétrer dans la vessie par la voie naturelle ; mais le canal était si resserré, qu'on échoua. La tumeur de l'hypogastre ne fut pas attribuée à la vessie distendue ; ni globuleuse, ni régulière, ni résistante, elle était molle et parsemée d'inégalités ; elle occupait spécialement le flanc droit : on la prit pour un abcès. En conséquence, on l'ouvrit : mais, au lieu de pus, ce fut de l'urine qui en sortit. L'incision ayant assez d'étendue pour permettre d'introduire le doigt dans la vessie, on eut l'idée de glisser une sonde d'arrière en avant, pour chercher à vaincre le rétrécissement. La manœuvre ne réussit pas ; elle n'eut d'autre résultat que de faire connaître l'épaisseur de la coarctation, d'après l'espace existant entre les extrémités de deux sondes placées dans le canal, l'une d'avant en arrière, l'autre d'arrière en avant. Le lendemain, on sentit la nécessité d'ouvrir l'abcès périnéal, et de fournir à l'urine une issue par cette voie. Le ma-

lade succomba. En ouvrant le corps, on constata que la face antérieure de la vessie adhérait à la paroi abdominale dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire. La vessie était à cellules et avait des parois fort épaisses ; l'abcès du périnée communiquait avec une crevasse de l'urèthre ; le canal était presque entièrement oblitéré dans l'étendue de 3 centimètres.

Quelque temps après se présenta dans mon service, à l'hôpital Necker, le cas suivant, que j'exposerai le plus brièvement possible. Un homme de quarante ans éprouvait depuis plusieurs années des difficultés d'uriner, causées par un rétrécissement de l'urèthre. Le canal était fort irritable. Les premières bougies furent supportées avec peine : on eut recours à des applications légères de caustique, qui n'amenèrent aucun résultat, et auxquelles on substitua des sondes à demeure. Ce fut alors que le malade se fit admettre à l'hôpital. Le traitement fut continué par l'emploi des sondes ; mais la santé générale, au lieu de s'améliorer, devenait de plus en plus mauvaise : il survint de la fièvre, avec perte de l'appétit et du sommeil. Le malade, attribuant ces accidents au séjour de l'hôpital, en sortit, pour y rentrer quelques jours après, avec de nouveaux symptômes. Il s'était d'abord manifesté à la fesse gauche une douleur vive, qui disparut à la suite d'une application de sangsues. Au bout de quatre jours survint une autre douleur à la région hypogastrique, avec tuméfaction progressive. Bientôt cette tumeur acquit le volume du poing, et cependant l'état général s'était amélioré ; le malade ne portait plus de sonde : il urinait même assez de facilement. Tout me faisait donc un devoir de redoubler d'attention. Je ne pouvais admettre que la tumeur hypogastrique dépendît d'une accumulation de l'urine, puisqu'elle persistait, quoique moins saillante, après que la vessie avait été vidée par la sonde. L'extrémité recourbée de l'instrument, placée dans la vessie, sur un point correspondant à la main appliquée contre l'hypogastre, permettait de déterminer l'épaisseur des parties tuméfiées, et d'en circonscrire l'étendue, du moins en avant : car, sur les côtés et en arrière, où l'on sentait la tumeur s'étendre, on ne pouvait acquérir que des notions très confuses, malgré la maigreur du malade et la souplesse des parois abdominales. Quant à la surface interne de la vessie, je m'assurai, soit par la sonde, soit par

tinal, et qui sont la conséquence d'inflammations circonscrites, ou d'un travail morbide qui s'opère dans des organes situés plus haut, les reins par exemple. Ainsi que nous l'avons vu en 1851, chez une femme morte à l'hôpital Necker, il paraît qu'à leur début ces abcès sont indépendants de toute lésion de la vessie et de l'intestin, et que si, au moment de la mort, ces organes sont plus ou moins affectés, il faut l'attribuer à la phlegmasie consécutive que la collection purulente développe dans les tissus environnants à mesure qu'elle fait des progrès.

Quelle que soit la région que les abcès des parois vésicales occupent, ils peuvent être plus ou moins rapprochés de la face externe ou de la face interne de l'organe. De cette différence il résulte qu'à leur ouverture le pus s'épanche tantôt dans l'intérieur de la vessie, et tantôt au dehors. Chopart a ouvert le cadavre d'un homme dont la vessie offrait, près de l'ouraque, un abcès interstitiel bien caractérisé; sa paroi interne était si mince, qu'elle se rompit en la pressant, et un pus blanc et fétide s'écoula en abondance.

§ 2. Causes.

Il est des circonstances dans lesquelles on ne découvre, aux abcès de la vessie, aucune cause appréciable. Tel est le suivant, dont j'emprunte les principaux détails à Chopart. Une femme conçut pour la septième fois, après une perte considérable. Pendant cette grossesse, il se déclara des difficultés d'uriner et des rétentions d'urine. Les quelques gouttes de ce liquide que la malade parvenait à rendre avec peine étaient puriformes; le ventre devint tendu et douloureux, les téguments s'enflammèrent; on sentait une fluctuation bien marquée au pourtour de l'ombilic; la fièvre était vive, la langue sèche, la soif ardente. Une incision pratiquée sur la ligne blanche donna issue à beaucoup de pus et d'urine, dont il sortit encore une grande quantité les jours suivants, surtout lorsqu'on pressait le ventre de bas en haut. La malade fut mise à l'usage des bougies, et peu à peu la plaie se cicatrisa; mais l'urine conserva encore pendant quelque temps le caractère purulent. Il s'est offert à moi un fait qui a du rapport avec celui-là. Un jeune homme eut un abcès considérable à la partie antérieure de la vessie; il n'existait ni pierre ni au-

cune lésion de l'urèthre : toutes les recherches qu'on fit pour découvrir la cause de cette énorme collection demeurèrent sans résultat.

Divers faits recueillis par les auteurs établissent que les abcès de la vessie peuvent dépendre d'une cause traumatique. La femme dont j'ai parlé plus haut, d'après Hellwig, fut atteinte du dépôt qui la fit périr, à la suite d'un coup de pied de vache reçu dans le bas-ventre. Morgagni rapporte l'histoire d'une jeune fille qui mourut des suites d'un abcès développé à l'hypogastre, et dont la formation avait été déterminée par une longue aiguille introduite dans la vessie, à travers les parois de laquelle elle s'était frayé une voie dans les parties molles environnantes. Des faits analogues se sont multipliés dans ces derniers temps. Cependant Baillie a été beaucoup trop loin en prétendant que les collections purulentes dont il s'agit ici surviennent principalement par l'effet d'une inflammation succédant à une violence exercée du dehors. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles reconnaissent fréquemment pour cause la rétention d'urine déterminée par la présence d'un obstacle placé dans l'urèthre. Plusieurs faits relatés par les anciens chirurgiens, et ceux en plus grand nombre que la pratique a offerts de nos jours, ne permettent pas d'en douter. Eustachi rapporte qu'une pierre engagée au col de la vessie, et qui occasionnait de grandes difficultés d'uriner, donna lieu à la formation, près de l'ombilic, d'une tumeur qui s'ouvrit, laissa échapper du pus et de l'urine, et se convertit en une fistule dont la guérison ne put être obtenue qu'après le rétablissement de la voie naturelle, par l'extraction du corps étranger. Chopart cite le cas d'un homme chez lequel, à la suite de plusieurs rétentions d'urine, il se forma, vers la partie moyenne et inférieure du ventre, une tumeur qui s'ouvrit d'elle-même, fournissant une grande quantité de pus et d'urine, et laissant ensuite une fistule. Le malade mourut au bout de quelque temps ; on trouva l'urèthre obstrué par un calcul logé dans la région membraneuse ; la fistule s'ouvrait à la partie la plus élevée de la vessie : son trajet avait 54 millimètres de long jusqu'à l'orifice externe. Les rétrécissements uréthraux entraînent souvent les mêmes conséquences. A la vérité, dans plusieurs de ces cas, on paraît, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, avoir pris

des pièces assez nombreuses qui s'y rapportent. MM. Andral et B. Brodie, entre autres, en ont publié des exemples ; on en doit un fort remarquable à M. James Johnson, et j'ai eu occasion aussi d'en observer quelques uns, dont j'ai fait connaître les détails. Je n'examinerai pas s'ils sont, comme on le pense, le résultat de péritonites partielles ; mais je ne puis omettre de faire ressortir l'analogie existante entre eux et les dépôts dont j'ai parlé, et qui, ayant tous les caractères d'abcès urineux, se développent au voisinage de l'urèthre, sans communiquer avec lui. Ces abcès forment deux catégories. Dans les uns, la cavité du foyer et celle de la vessie sont distinctes : il ne sort pas d'urine par l'ouverture du premier, lors même que la seconde est distendue. Dans les autres, il y a réellement communication. Celle-ci peut être primitive ou secondaire, c'est-à-dire que l'abcès peut succéder à une infiltration lente d'urine, ou la fistule dépendre de ce que le pus a fusé vers l'intérieur. au lieu de se diriger au dehors. Cette communication peut même présenter des embranchements. Tel était le cas de la jeune phthisique dont parle M. Johnson. Vers la partie moyenne de la face antérieure de la vessie existait une ouverture qui parut être le résultat d'une ulcération. Elle communiquait dans une cavité sinueuse, formée entre l'insertion des muscles au pubis et la membrane celluleuse correspondante. Cette cavité s'avançait vers le côté droit, entre les muscles et le péritoine, jusqu'à la fosse iliaque, où elle s'ouvrait dans une sorte d'abcès formé en partie par le cæcum largement ulcéré, et en partie par du tissu cellulaire. Ainsi l'abcès communiquait avec la vessie et avec le cæcum (1).

Lorsque les abcès en question ont leur siége à la région postérieure de la vessie, vers le bas-fond, il est très facile de les confondre avec certains foyers de la prostate ou des vésicules séminales. La méprise a lieu surtout lorsqu'il s'agit de collections purulentes, qu'il n'est pas rare de trouver derrière le col vésical, entre la prostate et le rectum. Les faits divers dont j'ai consigné les détails dans le tome II de ce traité prouvent que trop souvent on n'arrive à être fixé sur la nature de la maladie qu'après l'inspection cadavérique. Quelques-uns de ces abcès

(1) *Gazette médicale*, 1837.

s'ouvrent dans le rectum ; le passage de l'urine qui s'établit alors par cet intestin persiste plus ou moins longtemps. Quelquefois les malades guérissent beaucoup plus facilement qu'on ne pourrait le penser.

Enfin, les abcès vésicaux peuvent être confondus avec des collections purulentes développées soit dans les aines, soit à la région hypogastrique, particulièrement avec des abcès dits stercoraux, dont Dupuytren a rapporté des exemples remarquables; avec des tumeurs nées dans le petit bassin, ou les fosses iliaques, et même avec les déplacements du rein, comme le rapporte M. Rayer (1); ou avec des tumeurs que forment les testicules, lorsqu'ils restent engagés dans les conduits inguinaux, ainsi que M. Gama en cite un exemple. Il ne saurait entrer dans mon plan d'épuiser toutes les considérations auxquelles ces dispositions variées pourraient donner lieu, sous le point de vue du diagnostic; mais j'ai dû appeler l'attention des praticiens sur des circonstances susceptibles, quand on n'y a point égard, d'entraîner dans les erreurs les plus graves. Mon but est atteint si j'ai démontré que le diagnostic des abcès des parois de la vessie offre plus de difficultés que ne le supposent quelques chirurgiens, qui l'ont présenté comme un problème des plus simples, qu'un examen peu approfondi suffit à résoudre.

§ 4. Modes de terminaison.

Il est difficile de prévoir exactement quelle sera l'issue d'une collection purulente développée au pourtour de la vessie, ou dans l'épaisseur de ses parois. La situation de la tumeur donne la probabilité, mais non la certitude, que le liquide prendra telle ou telle direction. On l'a vu s'épancher dans la cavité péritonéale; à l'extérieur, vers l'hypogastre, les aines ou l'ombilic ; à l'intérieur, dans le vagin, la matrice, le rectum, le côlon, le tissu cellulaire pelvien. On pourrait penser qu'il s'opère parfois une sorte de résolution incomplète, et que certaines indurations circonscrites des parois vésicales, dont je traiterai plus loin, reconnaissent cette origine. Peut-être y a-t-il encore d'autres

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire.*

modes de terminaison qu'il ne nous a pas été jusqu'à présent donné de constater. Quoi qu'il en soit, le plus communément, l'abcès, pour peu qu'il ait un volume considérable, se fraye une issue par l'un des points que je viens d'indiquer; mais on prévoit combien les conséquences doivent varier suivant la direction que le pus affecte.

Si l'épanchement a lieu dans la cavité abdominale, comme on en cite divers exemples, et comme je l'ai observé moi-même, les accidents les plus graves en sont la conséquence; c'est ce que les autopsies viennent nous révéler. Je citerai à ce sujet le fait suivant, remarquable d'ailleurs sous le double rapport des lésions observées et de l'absence de symptômes propres à les faire soupçonner.

Le 6 mars 1840 fut admis, à Necker, un homme âgé de cinquante-huit ans, exerçant la profession de tonnelier. Cinq mois auparavant, cet homme, qui jusqu'alors avait joui d'une assez bonne santé, s'était avisé de boire de l'eau très froide, étant en sueur. Il fut pris sur-le-champ de fortes coliques, qui cédèrent néanmoins au repos et à la diète. Mais depuis lors les envies d'uriner devinrent très fréquentes, et chaque émission laissait à sa suite de vives douleurs, tant au col de la vessie que dans toute la région hypogastrique. Le malade en éprouvait aussi dans les reins. Un médecin qu'il consulta lui fit établir, au devant du pubis, un séton, qui, ne produisant aucun effet, fut supprimé dix jours après. Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y avait faiblesse générale, peu d'appétit, langue blanche; urines très fréquentes, chargées de mucosités et rougissant à peine le papier de tournesol; douleurs vives dans la vessie, le bas-ventre et la région lombaire. Le simple cathatérisme n'ayant rien fait découvrir, je préparai le malade à une exploration plus complète. Au bout de quatre jours, les douleurs de bas-ventre augmentèrent, et il se manifesta un léger accès de fièvre. On suspendit l'usage des bougies, et l'on prescrivit la diète, aidée de cataplasmes laudanisés sur les parties douloureuses. Le lendemain, 11 mars, le malade fut pris de besoin d'uriner très intense, qu'il ne put satisfaire, et qu'accompagnaient de fortes contractions des muscles abdominaux, avec douleurs dans le bas-ventre. Une sonde, introduite dans la vessie, n'amena point d'urine, quoiqu'il n'en

fût pas sorti spontanément depuis cinq heures. De vives douleurs se faisaient sentir en même temps dans les reins; un bain et une potion opiacée procurèrent quelque soulagement. Le 12, le malade était très abattu, et les mêmes symptômes persistaient. Le 13, à huit heures du soir, les besoins d'uriner s'étant renouvelés, on introduisit la sonde, qui ne procura la sortie que d'une très petite quantité d'urine trouble et fétide. Le 14, survint le dévoiement. Le 15, le malade fut pris de hoquets; il avait le pouls très agité, la langue sèche, la peau couverte de sueur, la respiration gênée, symptômes qui continuèrent les jours suivants, la faiblesse faisant toujours des progrès. Le 19, il y eut, dans la nuit, des vomissements qui se renouvelèrent plusieurs fois. Vers le matin, le malade était constamment assoupi; les douleurs n'avaient point diminué, non plus que le dévoiement. Le 21, la mort eut lieu. En ouvrant l'abdomen, on reconnut que la face antérieure de la vessie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale, au-dessus du pubis, derrière le point où jadis avait été établi le séton. Cette adhérence recouvrait une cavité qui aurait pu loger un très gros œuf de dinde, et qui communiquait avec l'intérieur de l'abdomen par une ouverture presque circulaire de 4 centimètres de diamètre environ, dont les bords étaient découpés et comme frangés. La cavité elle-même contenait un pus épais, fétide, gris et strié de noir, dont on faisait sortir une grande quantité en appuyant sur la vessie. En rapport avec la face postérieure du corps des pubis, cet abcès s'étendait à droite et à gauche, au point de s'engager sous les anneaux inguinaux. Sa face correspondante au pubis était criblée de trous; on y distinguait plusieurs filaments isolés, disséqués, s'étendant de divers points à d'autres du foyer. Au centre de la partie en rapport avec la paroi antérieure de la vessie, on apercevait une ouverture, par laquelle l'abcès communiquait avec la cavité de cet organe. Cette ouverture était ovale et lisse; elle ressemblait à l'orifice d'une cellule. La vessie, ouverte par sa face postérieure, ne montrait aucun vestige ni du trigone, ni de la saillie prostatique, ni du col; on ne put reconnaître ce dernier qu'après avoir passé une sonde dans l'urèthre. Au-dessus de l'orifice uréthral se trouvait une dépression notable; on eût dit que la vessie avait essayé de s'engager sous l'arcade pubienne. A la partie supérieure

de cette dépression, a face antérieure de l'organe était accolée aux pubis, et même à la paroi abdominale, avec laquelle elle avait contracté de fortes adhérences. Plus bas que l'orifice interne de l'urèthre, dans le point correspondant au rebord postérieur du trigone, on voyait une petite bande ligamenteuse, isolée, détachée vers son milieu, et implantée de chaque côté près des orifices des uretères. Du reste, la face interne de la vessie, de couleur livide, et parsemée de points noirâtres, était inégale, bosselée, granulée, striée; elle représentait une vaste surface cicatrisée, ou une cavité purulente autrefois tapissée de végétations. En voyant la pièce isolée, il eût été difficile d'y reconnaître la vessie, dont la face interne et la forme ne conservaient rien de normal. Ses parois étaient légèrement hypertrophiées, et sa membrane muqueuse, entièrement détruite, laissait voir à nu les faisceaux musculeux. On ouvrit l'urèthre, et l'on divisa le col vésical, au-devant duquel existait un autre abcès, situé sous l'arcade pubienne, et s'étendant jusqu'à la racine des corps caverneux. Au milieu de ce foyer, on voyait la partie membraneuse de l'urèthre, qui avait été dénudée, mais seulement sur les côtés et à sa face supérieure, car inférieurement elle adhérait à la paroi recto-uréthrale (1). Ce second abcès communiquait avec l'urèthre par une petite ouverture, et sa surface interne était, comme celle du foyer hypogastrique, granulée, inégale, avec des cordons filamenteux s'étendant d'un point à un autre en divers sens. Vers le lobe droit de la prostate, près de la crête uréthrale, on remarquait une petite ouverture, qui fut prise d'abord pour une fausse route incomplète, mais qu'ensuite on reconnut appartenir à un très petit abcès développé dans l'épaisseur de ce lobe. D'ailleurs, rien d'anormal dans le tissu de la glande, qui était plutôt atrophiée qu'hypertrophiée; rien non plus dans l'urèthre, qui était sain jusqu'à la partie prostatique, où se voyaient quelques granulations et un peu de rougeur. Le rein droit était sain. Le gauche avait un peu augmenté de volume, et sa face externe présentait une multitude de granulations blanchâtres. Une incision pratiquée dans le sens de sa convexité donna issue à beaucoup de pus blanc et bien lié. Les

(1) Sous ce rapport, le cas dont il s'agit diffère d'un autre, analogue jusqu'à un certain point, que j'ai rapporté dans le premier volume de ce Traité.

calices, le bassinet et l'intérieur de l'uretère étaient transformés en une sorte de couenne lardacée, de couleur jaune, et couverte de granulations très rapprochées. Les poumons, principalement le droit, adhéraient à la plèvre costale, dans une grande partie de leur étendue, et offraient à leur sommet de petits tubercules non ramollis. Le pourtour du pylore était dur et squirrheux ; en arrière, il existait une tumeur cancéreuse, non ulcérée, qui obstruait presque complétement cet orifice. Le péritoine était rouge, contenait une petite quantité de liquide rougeâtre, et présentait plusieurs adhérences. La plus grande partie de la face externe des intestins était rouge ; le bassin et les fosses iliaques contenaient beaucoup de sérosité purulente, exhalant une odeur infecte.

Ainsi ce malade offrait une réunion d'états morbides extrêmement graves : des tubercules pulmonaires, un cancer de l'estomac, des abcès à l'hypogastre et sous l'arcade pubienne, un épanchement d'urine et de pus dans l'abdomen, une péritonite générale, et la désorganisation de l'un des reins, sans que, pendant la vie, on eût observé aucun symptôme qui pût les faire soupçonner. Une lésion du rein fut la seule affection dont on conçut une idée vague, parce qu'on ne découvrait rien qui rendît compte de l'épuisement du sujet, de sa prostration, de la suppression d'urine, et des hoquets dont il fut atteint à ses derniers moments. Le facies et l'état général annonçaient une mort inévitable : c'est ce qui me détourna de faire des explorations qui n'auraient que déterminé des douleurs, sans d'ailleurs apprendre autre chose que l'existence d'altérations incurables. C'était un de ces cas où, malgré le défaut de données suffisantes pour asseoir un diagnostic précis, l'ensemble des symptômes fait pressentir que le résultat définitif doit être fatal, et où le praticien expérimenté se range volontiers à l'avis de ceux qui pensent que le rôle de simple observateur mérite la préférence.

Il n'est pas rare que les abcès des parois de la vessie s'ouvrent dans le canal intestinal : j'en ai vu quelques exemples, et l'on en trouve un assez grand nombre dans les auteurs [1]. Ces observations ont mis à même de reconnaître les ressources de la

[1] Gazette médicale, 1834.

de cette dépression, a face antérieure de l'org
aux pubis, et même à la paroi abdominale, avec
contracté de fortes adhérences. Plus bas que
l'urèthre, dans le point correspondant au re
trigone, on voyait une petite bande ligamenteu
vers son milieu, et implantée de chaque côt
uretères. Du reste, la face interne de la ves
et parsemée de points noirâtres, était méga
striée ; elle représentait une vaste surfa
cavité purulente autrefois tapissée de vég
pièce isolée, il eût été difficile d'y recon
face interne et la forme ne conservaient
rois étaient légèrement hypertrophiées, e
entièrement détruite, laissait voir à m
On ouvrit l'urèthre, et l'on divisa le c
existait un autre abcès, situé sous l'ar
jusqu'à la racine des corps caverneu
voyait la partie membraneuse de l'u
mais seulement sur les côtés et à s
rement elle adhérait à la paroi r
abcès communiquait avec l'urèth
sa surface interne était, comm
granulée, inégale, avec des cor
point à un autre en divers sens.
près de la crête uréthrale, on
qui fut prise d'abord pour u
qu'ensuite on reconnut appar
dans l'épaisseur de ce lobe
tissu de la glande, qui étai
rien non plus dans l'urèthr
tatique, ou se voyaient qu
geur. Le rein droit était s
de volume, et sa face e
nulations blanchâtres. l'
convexité donna issue

(1) Sous ce rapport, le
qu'à un certain point, a

abcès
est celui
quelques
qu'à l'ombilic
avec tuméfac-
sans changement de
tes, il y eut plutôt
malade ne s'en occupa
lymphatique très pro-
ventre à une influence scro-
rer affectée d'une manière
quents d'uriner, avec vive
était fortement chargée de
ente. Ce fut alors seulement
fièvre, de l'agitation et un état
hypogastrique était dure et
pubis à l'ombilic : elle était
Le palper me fit penser qu'elle
vessie, et une sonde, introduite
la certitude; mais je ne savais
qui voyait le malade avec
Il n'y avait pas encore de fluc-
une sorte d'empâte-

'à la partie inférieure, et sur le
lade était fort indocile,
venait de faire pour
les sangsues, des
près, la tumeur
manifeste près de
erminer le sujet à
moyens furent conti-
dessous de la cicatrice
antité de pus fétide, peu
tait à croire qu'il y avait
, et d'ailleurs, depuis quel-
ucoup de matière purulente.
u côté de la vessie avaient cessé,
symptômes généraux se dissipè-
ent, le malade était fatigué par les
d'exercer afin de faire sortir le pus
rablement située à la partie supérieure
quelque temps, il survint une indigestion,
, de malaise général et de douleur locale.
ande, le lendemain, de trouver des aliments
ation. On ne pouvait plus douter que l'abcès ne
vec le canal intestinal. Ce passage des aliments
ntinua sans qu'on parvînt à découvrir quel point
tif était ouvert. Tout ce qu'on fit pour tarir la sup-
meura inutile. Plusieurs de mes confrères les plus
urent appelés en consultation pour déterminer s'il ne
as convenable de pratiquer une contre-ouverture à la
la plus déclive, qui se trouvait au-dessus de l'arcade cru-
droite ; mais, vers ce point, aussi bien qu'au-dessus des
bis, où les stylets, introduits par l'ouverture sous-ombilicale,
pénétraient aisément, on sentait une si grande épaisseur de parties
entre l'instrument recourbé formant crochet, et le doigt placé sur
les téguments, qu'on fut arrêté par la crainte d'intéresser quelque
organe important. Les choses en restèrent là ; le sujet continua
de vivre, alternativement malade et bien portant. Je l'ai revu
cinq ans après ; il avait grandi, s'était fortifié, et continuait de
rendre par la fistule du pus séreux, entraînant parfois des ali-

ments à demi digérés. Jamais on ne découvrit de pus dans les selles, qui étaient d'ailleurs fort irrégulières. L'appétit était bon, la vessie faisait bien ses fonctions, et l'urine contenait rarement des mucosités.

Lorsque le pus s'épanche dans le tissu cellulaire du petit bassin, la mort peut, comme dans le cas précédent, ne pas avoir lieu d'une manière immédiate. On paraît même autorisé quelquefois à penser qu'elle dépend de quelque circonstance accidentelle, et les ouvertures des corps viennent seules dévoiler les désordres qui ont occasionné la mort et la méprise de diagnostic.

Une terminaison spontanée moins grave est celle dans laquelle le pus se fait jour du côté des voies urinaires. Il est rationnel de penser qu'alors la guérison puisse avoir lieu. C'est, en effet, ce que tendent à prouver quelques faits précédemment indiqués. Toutefois, je répète qu'il ne faut pas perdre de vue qu'on a souvent confondu différents abcès des parois vésicales avec des états morbides bien opposés. On aurait donc grand tort de porter un jugement absolu sur leur issue, d'après les cas auxquels je fais allusion. Les faits complets et bien constatés ne sont pas en assez grand nombre pour permettre de rien établir de positif à son égard.

§ 5. — Traitement.

Les considérations qui précèdent et les faits que j'ai rapportés suffisent pour faire sentir combien il est nécessaire d'attirer au dehors les collections purulentes qui se forment au pourtour de la vessie ou dans l'épaisseur de ses parois. On ne saurait compter sans illusion que cette terminaison aura lieu spontanément, bien que certains cas la laissent entrevoir ou la constatent. Il faut donc la provoquer par les moyens dont l'art dispose, et choisir ceux qui agissent avec le plus de promptitude, et de la manière la plus directe; car on a tout à craindre de la temporisation. A l'exception d'un petit nombre de circonstances exceptionnelles, on n'ira point, à l'exemple de quelques praticiens, appliquer des caustiques pour obtenir des eschares, qu'ensuite on devra diviser. Cette méthode est trop lente. Ce qui convient presque toujours le mieux, c'est de recourir au bistouri, aussitôt qu'on a

établi le diagnostic, et lorsque la collection est accessible. C'est ce que j'ai fait avec succès dans des cas dont j'ai parlé, et dans un plus récent, déjà publié dans le compte rendu de ma clinique à l'hôpital Necker, mais dont je crois devoir reproduire ici les principales circonstances.

Un homme adulte, de bonne constitution, mais fort irritable, éprouvait depuis quelque temps tous les symptômes rationnels de la pierre. L'existence d'un corps étranger dans la vessie ayant été constatée, il se fit admettre à l'hôpital Necker. Après l'avoir soumis au traitement préparatoire que j'ai coutume d'employer, je procédai à la destruction du calcul, d'abord avec un lithoclaste fenêtré, puis avec un instrument à mors plats. Les premières séances furent suivies de la sortie d'une grande quantité de débris ; mais des fragments d'un certain volume s'arrêtèrent dans la partie membraneuse de l'urèthre, d'où il fallut extraire les uns et repousser les autres dans la vessie. Leur séjour et les manœuvres qu'ils rendirent nécessaires causèrent de la douleur et un agacement général, avec quelques accès de fièvre. Ces accidents cédèrent à un traitement méthodique. Je me disposais à reprendre le broiement de la pierre, lorsque le malade accusa une douleur vague et profonde à l'hypogastre. En palpant cette région, je découvris une induration très étendue, surtout vers l'aine droite, avec un léger gonflement ; mais la douleur était peu prononcée, et la pression ne causait pas les besoins d'uriner qu'elle provoque lorsque la tumeur résulte de la plénitude de la vessie. Pour déterminer la nature de cet empâtement, je procédai de la manière suivante : J'introduisis une sonde, par laquelle ne s'écoula qu'une petite quantité d'urine, sans qu'aucun changement se manifestât dans la tumeur hypogastrique ; celle-ci ne tenait donc pas à une accumulation d'urine, puisque le réservoir avait été vidé. J'injectai alors de l'eau dans la vessie, de manière à la distendre et à pouvoir explorer toute sa face antérieure au moyen d'une sonde à courbure prononcée. Rien d'anormal ne fut non plus découvert par ce moyen. La distension de la poche urinaire rendait seulement la tumeur plus saillante, mais sans rien changer à sa forme. Dès lors il demeura constant que celle-ci résultait d'un épaississement des parois vésicales ou des tissus qui les recouvrent. Mais ces derniers tissus n'offraient

aucune trace de lésion : on n'apercevait ni rougeur, ni tension, ni douleur, ni tuméfaction en dehors de l'aponévrose abdominale. Le mal avait donc son siége plus profondément ; tout portait à croire qu'il affectait la vessie elle-même, et que les parois de cet organe étaient envahies par un abcès. Tel fut le diagnostic que je portai, sous la réserve des modifications que pourraient y apporter d'ultérieures recherches. Mais nous eûmes bientôt la preuve que la maladie avait été bien jugée : la tumeur augmenta dans tous les sens, en étendue comme en élévation ; il se manifesta de la douleur, et une sorte de fluctuation se fit sentir. Une fois bien fixé sur la nature du mal, on jugea qu'il était urgent d'ouvrir une voie large et facile au liquide, avant pour ainsi dire que le dépôt se fût complétement formé. Je fis donc, à la région hypogastrique, sur la ligne médiane, une incision étendue et profonde, comme s'il eût été question de pratiquer la cystotomie sus-pubienne pour une petite pierre. Il ne s'écoula que du sang et quelques filets de pus ; la suppuration ne parut pas davantage le lendemain, ni les jours suivants. On se contenta d'introduire des mèches de charpie dans la plaie et d'appliquer des cataplasmes sur la tumeur. Quoique celle-ci n'eût point changé, le malade éprouvait un grand soulagement, de sorte qu'il résolut de quitter l'hôpital. Mais à peine était-il monté en voiture, qu'une quantité considérable de pus s'écoula par la plaie; la tumeur s'affaissa, en même temps qu'elle diminua d'étendue et de dureté. La suppuration se tarit après avoir duré plusieurs jours, et quand le malade rentra dans le service des calculeux, au bout d'un mois, la paroi antérieure de l'abdomen était aussi souple que s'il n'y avait jamais eu d'abcès; il ne restait qu'une cicatrice assez longue, mais beaucoup moins profonde qu'après la cystotomie. L'urine n'éprouva aucune altération notable, ni pendant, ni après la formation et le développement de la collection purulente. Le traitement de la pierre par la lithotritie fut repris, et le malade supporta très bien les quatre petites séances qui furent nécessaires pour achever de détruire le corps étranger. Deux explorations procurèrent la certitude que la vessie était entièrement débarrassée, et le malade sortit enfin dans un état parfait de santé.

D'importantes considérations pa[illegible] se rattachent à ce fait,

sous le rapport du diagnostic, du traitement, du volume considérable de la tumeur, et de la quantité de liquide qu'elle contenait.

En ce qui concerne le diagnostic, je l'avais établi avec assez de précision pour que, malgré des avis opposés, et quoiqu'il n'existât pas de fluctuation bien manifeste, je pusse assurer qu'il y avait une collection purulente, et que cette collection s'était faite dans l'épaisseur des parois vésicales ou au pourtour du sommet et de la face antérieure de la vessie. Explorations répétées, analogie avec d'autres cas, absence de lésions dans les tissus voisins du réservoir de l'urine, tout me donnait la certitude que la maladie était réellement un abcès dont j'avais observé l'invasion et suivi jour par jour le développement. A la vérité, l'incision ne fut pas assez profonde pour atteindre directement la collection purulente, ou du moins n'en intéressa-t-elle que des ramifications, car il ne s'écoula que quelques gouttes de pus avec le sang; mais la résistance des tissus était détruite de ce côté, et au bout de quelques jours plus d'un verre de suppuration s'échappa en une seule fois par la voie ouverte. Cette quantité n'était pas en rapport avec le volume et l'étendue de la tumeur, qui paraissait très profonde et qui occupait la plus grande partie de la région hypogastrique. Quant à la capacité de la vessie, que j'avais rigoureusement déterminée au moyen des injections, elle était fort ordinaire, et ce n'est pas à elle qu'on pouvait rapporter le volume de la tumeur. Sous ce rapport donc, le cas se rapproche de plusieurs autres que j'ai rencontrés, et d'autres encore qui ont été observés par d'anciens praticiens. L'épaisseur, soit des parois vésicales, soit de celles de l'abcès, était considérable, ce qui tendait à faire croire la collection plus vaste qu'elle ne l'était réellement. La même chose arrive à la plupart des abcès, sur la production desquels l'urine exerce de l'influence, et tous les jours on en a la preuve dans les dépôts urineux du périnée.

Une autre particularité très remarquable de ce cas, fut la promptitude avec laquelle les parties recouvrèrent leur élasticité, et les parois de la vessie leur état normal, après l'évacuation de la matière purulente. Du reste, cette série de désordres n'exerça aucune influence sur le résultat de la lithotritie, qui fut aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer.

A l'égard de la manière d'ouvrir les abcès vésicaux, il serait

presque oiseux de dire qu'on doit procéder avec les plus grandes précautions. En effet, les organes voisins peuvent avoir subi des déplacements; ils peuvent aussi avoir été envahis par l'inflammation, d'où résultent des adhérences, ou des communications anormales, qui exercent une grande influence sur la conduite à tenir et sur les résultats de l'opération. Ainsi, on a quelquefois reconnu, après la mort, que la paroi antérieure de l'abdomen adhérait à la vessie dans une grande étendue, tant en hauteur qu'en largeur. Ces adhérences, faciles à concevoir, multiplient les chances en faveur de l'opération, car elles diminuent celles de pénétrer dans la cavité péritonéale. D'un autre côté, les déplacements accidentels du sommet de la vessie, dont j'ai cité plusieurs exemples remarquables, soit dans cet ouvrage, soit dans le *Traité de l'affection calculeuse*, pourraient faire naître des dangers là où il n'y en a ordinairement point. Il en est de même des déformations du réservoir de l'urine, et des déplacements des organes voisins, des intestins principalement, qui pourraient entraîner de déplorables méprises.

CHAPITRE III.

INDURATION ET ÉPAISSISSEMENT PARTIELS DES PAROIS VÉSICALES.

Sous l'influence de causes morbides variées, dont quelques-unes ont déjà été exposées dans les différentes parties de cet ouvrage, les parois vésicales s'épaississent parfois et augmentent de consistance, tantôt sans former de saillie distincte, tantôt au contraire avec développement circonscrit plus ou moins proéminent, au dedans ou à l'extérieur de la vessie. De là résultent des états pathologiques divers qui varient, quant à leur siége, à leur étendue, à leur volume, à leur configuration, aux causes qui les ont provoqués, à leurs symptômes et à leur terminaison.

Il est fort à regretter qu'on rencontre tant de difficultés à se procurer des notions exactes en ce qui concerne ces particularités, si nécessaires à connaître, et que souvent même la maladie, échappant à toutes les investigations, ne puisse être reconnue qu'après la mort. Il s'ensuit que, dans la pratique, on confond

dans un trop grand nombre de cas, malgré l'attention la plus scrupuleuse, des lésions qui diffèrent cependant beaucoup les unes des autres, et qui exigeraient des modes différents et parfois spéciaux de traitement.

Si les indurations partielles des parois vésicales ont quelquefois des caractères propres, ces caractères ne sont ni constants, ni faciles à apprécier. D'ailleurs, ils perdent de leur netteté et de leur précision à mesure que la maladie fait des progrès, en sorte qu'un moment arrive où il devient très difficile ou même impossible de les distinguer de l'hypertrophie de la vessie. C'est là une particularité de la plus haute importance, et qui mérite une attention toute spéciale sous le point de vue pratique. Aussi m'attacherai-je à la préciser, dans l'examen auquel je vais me livrer.

J'ai vu survenir, chez plusieurs calculeux, spécialement à la suite de l'irritation prolongée de la vessie, une induration partielle des parois de cet organe, avec épaississement appréciable, tantôt à sa surface externe seulement, et tantôt à l'intérieur autant qu'au dehors. Dans les cas de la première espèce, les explorations les plus minutieuses ne m'ont rien fait découvrir sur le vivant : ce n'est qu'après la mort que l'état morbide a été reconnu.

Dans la seconde catégorie, la vessie offre des saillies plus ou moins considérables, dont les autopsies ont fait connaître les variétés de forme, d'étendue, de dureté, et qu'on peut distinguer quelquefois pendant la vie, lorsque les progrès du mal et l'irritabilité du sujet ne s'opposent pas aux explorations, qui peuvent seules procurer les notions nécessaires pour établir le diagnostic. Un tact exercé permet quelquefois de s'assurer que sur un point déterminé, la vessie dont les parois sont écartées par du liquide injecté présente une saillie qui s'oppose aux mouvements de rotation ou d'inclinaison qu'on imprime à la sonde. Celle-ci n'est pas arrêtée brusquement, comme dans les cas de tumeur volumineuse, mais ses mouvements sont gênés ; son extrémité oculaire ne peut être portée d'un point à un autre de la surface vésicale, sans rencontrer une saillie qui la déprime.

Ces épaississements partiels des parois vésicales ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire. L'anatomie pathologique fournit quelques données sur leurs dispositions les plus

ordinaires. L'épaississement est, en général, circonscrit. Les tissus qui le forment offrent beaucoup de résistance, et sont tellement confondus les uns avec les autres qu'à peine laissent-ils apercevoir encore quelques traces de leur structure primitive. En beaucoup de cas, cet épaississement paraît se produire surtout aux dépens des parties voisines de la vessie, avec lesquelles elle a contracté des adhérences intimes fort résistantes. Lorsque l'état morbide a fait de grands progrès, il survient une sorte de dégénérescence ; et les parties dont le volume est augmenté, tantôt acquièrent plus de consistance, et tantôt se ramollissent. Quelquefois elles ont une apparence lardacée, qui les rapproche du squirrhe, ou de l'altération désignée par S. B. Brodie sous le nom de *fongus hématode*, et dont il cite deux exemples remarquables (1). Le célèbre baronnet pense que la maladie prend alors naissance à la membrane muqueuse vésicale, qui se trouve transformée par les progrès de l'altération, au point qu'à l'autopsie, on retrouve à peine des traces de sa texture normale. Dans un des cas qu'il cite, la tumeur, située au sommet de la vessie, avait contracté des adhérences avec l'S iliaque du côlon. Dans un autre, la presque totalité de la vessie avait été transformée en une masse fongueuse ou médullaire qui occupait la cavité du bassin, et s'étendait latéralement jusqu'à l'aine.

Peut-être doit-on rapporter aux cas dont je m'occupe les tubercules qu'au dire de M. Andral, on rencontre quelquefois dans l'épaisseur des parois vésicales, chez certains sujets atteints d'affection tuberculeuse siégeant dans d'autres organes, le poumon surtout ; mais les observations recueillies à cet égard laissent beaucoup à désirer. Ce qui paraît plus positif, c'est qu'il faut en rapprocher : 1° un autre fait, également cité par M. Andral, qui a vu la couche de tissu cellulaire comprise entre les tuniques charnue et muqueuse de la vessie, offrir une épaisseur considérable, et, sur beaucoup de points, un aspect squirrheux ; 2° les épaississements partiels de la membrane muqueuse vésicale, avec ou sans amas de substance encéphaloïde, qui ont été constatés un grand nombre de fois par les autopsies, et dont on

(1) *Leçons sur les maladies des organes urinaires*, trad. de l'anglais par Patron. Paris, 1845, p. 169.

trouve plusieurs exemples dans les catalogues des musées d'anatomie morbide. La différence dans ces cas n'est que du plus au moins de la masse des liquides solidifiés, dont la dissémination s'oppose à la formation d'une tumeur proprement dite.

Les états auxquels je fais allusion ne doivent être confondus ni avec ceux dans lesquels la vessie s'est développée irrégulièrement, ni moins encore avec les amas graisseux qu'on observe au pourtour de quelques vessies racornies, ou seulement sur quelques points de leur circonférence, et qui y adhèrent avec plus ou moins de force.

Je n'entends point parler davantage des indurations et des épaississements de tissus, qu'il n'est pas rare de rencontrer vers le trigone vésical, et dont je me suis occupé dans le volume précédent. La prostate, le rectum, les vésicules séminales et les tissus qui unissent ces parties, concourent autant, et même plus que la vessie, à former ces masses indurées plus ou moins considérables.

Les épaississements partiels des parois vésicales dont il est ici question se rencontrent particulièrement à la face antérieure de la vessie, près du pubis, et à sa face postérieure, vers le bas-fond. Ils peuvent être très limités, ou occuper une large surface. Plusieurs de ceux que j'ai observés n'intéressaient qu'une très petite étendue des parois du viscère. Dans un cas que je rapporterai à la fin de cet article, la tumeur appartenait en partie à la vessie et en partie aux tissus voisins, entre lesquels il s'était établi de si intimes adhérences, qu'on n'aurait pu dire où finissaient les parois du réservoir de l'urine. Deux autres malades atteints d'induration partielle, avec épaississement faisant saillie à la région hypogastrique, continuent de vivre; il m'a été permis de pratiquer chez eux les explorations nécessaires pour m'éclairer sur l'étendue, l'épaisseur et la dureté de la tumeur. Je n'ai pas eu la même facilité chez un quatrième sujet, qui portait depuis longues années, à la région hypogastrique, une tumeur énorme dont le poids seul l'incommodait, car elle était absolument indolente. En quelque sens qu'on la pressât, elle ne causait aucune douleur; mais, la vessie ayant perdu beaucoup de sa capacité, les besoins d'uriner se reproduisaient souvent. Il arrivait aussi quelquefois que l'urine contenait du mucus, suite d'un état catarrhal

qui, d'ailleurs, n'était qu'accidentel et durait fort peu. J'aurais voulu explorer la vessie, afin de m'assurer si la tumeur faisait ou non saillie à l'intérieur de cet organe; mais le malade n'éprouvait pas assez d'incommodités pour se déterminer à subir des manœuvres dont il s'exagérait beaucoup les souffrances, et je ne pus vaincre la répugnance qu'il éprouvait à cet égard.

On comprend sans peine qu'il doit être fort rare que cette altération partielle des parois de la vessie n'entraîne pas des troubles notables dans les fonctions de ce viscère: mais il est d'autant plus difficile d'être fixé sur ce point, que presque toujours les explorations donnent des résultats incertains, et que les phénomènes morbides ne présentent rien de spécial ou de caractéristique. Dans certains cas seulement, un concours trop rare de circonstances peut faire soupçonner les indurations partielles des parois vésicales. Ces circonstances sont le peu d'embonpoint du malade et la situation de la tumeur à la partie antérieure de la vessie. Quand elles se trouvent réunies, en procédant comme je me suis trouvé deux fois dans le cas de le faire, on peut éviter de se méprendre. La tumeur étant placée entre la sonde préalablement introduite dans la vessie et la main de l'opérateur appliquée sur l'hypogastre, on parvient à la circonscrire assez exactement, à mesurer son étendue, et même, jusqu'à un certain point, à apprécier sa nature. Cependant il faut user d'une grande réserve sous ce dernier rapport, attendu que la région antérieure de la vessie devient quelquefois le siége, ainsi que nous l'avons vu, de collections de liquides, d'amas de substance médullaire, ou même de corps étrangers fixes, qui sont susceptibles d'induire en erreur, et de faire croire à la présence des altérations dont il s'agit en ce moment.

Si la tumeur et l'induration existaient du côté du rectum, près du col vésical, il pourrait arriver aussi que le toucher anal, combiné avec l'exploration intérieure de la vessie, conduisît à la faire soupçonner; mais ici les difficultés augmentent en raison de la multiplicité des lésions auxquelles cette partie de la vessie est opposée, de l'étendue toujours très circonscrite du champ d'exploration, et de l'imperfection des procédés explorateurs.

Sur tous les autres points de la vessie, le diagnostic devient presque constamment impossible, et la lésion n'est généralement

reconnue qu'après la mort, comme il arriva dans le cas suivant.

Depuis deux ans, un homme d'une cinquantaine d'années, cultivateur en Champagne, s'était aperçu d'un dérangement dans les fonctions de sa vessie : il urinait plus souvent que de coutume, et souffrait avant et pendant l'émission du liquide; la douleur se faisait principalement sentir derrière les pubis, dans le rectum, et sur les parties latérales de l'hypogastre, vers les épines iliaques antérieures. A diverses reprises, il en avait éprouvé dans la région des reins, surtout du côté gauche; il avait maintes fois rendu, avec de grands efforts, et à la suite de vives souffrances, des *morceaux de chair* très consistants et plus ou moins gros. L'urine était ordinairement trouble, fétide, et déposait d'abondantes mucosités. Le cathétérisme, pratiqué à diverses reprises, n'avait fourni aucun renseignement positif sur la nature de la maladie. Celle-ci, considérée comme un catarrhe vésical, avait été traitée en conséquence, mais inutilement. Lorsque cet homme vint me consulter, le 11 juillet 1836, il ne pouvait demeurer plus d'une demi-heure sans éprouver le besoin d'uriner, et ses souffrances pour satisfaire ce besoin étaient cruelles. La sonde ne fit rien découvrir dans la vessie, si ce n'est une saillie vers le bas-fond, du côté gauche. La vive douleur causée par l'exploration fut suivie d'un accès de fièvre. Les bains, les lavements, les boissons abondantes, des injections, d'abord tièdes, puis froides, et des suppositoires opiacés, amenèrent du soulagement; le malade souffrit beaucoup moins, et l'urine s'éclaircit. Le 6 août, je fis une exploration avec le trilabe ; elle ne m'apprit rien de plus que les précédentes, quoique répétée au bout de quelques jours. A cette époque, le malade rendit des lambeaux de matière muqueuse concrète, dont plusieurs incrustés de particules sablonneuses, friables et jaunes, d'odeur cadavéreuse. Le 6 septembre, cet homme se trouvait assez bien, quand tout à coup il fut pris de fièvre, et mourut subitement dans la nuit. La cavité vésicale contenait un litre environ d'urine. Sur la partie postérieure et latérale gauche de la vessie, on découvrit une tumeur dure, grosse comme un œuf, mais peu saillante à l'intérieur, qui adhérait à l'épiploon, qu'elle semblait avoir attiré à elle, en formant, sur le point de contact, une sorte de cicatrice froncée, dont quelques brides allaient d'un bord à l'autre. Cette cicatrice avait

un peu plus d'un centimètre de long. Les parois de la vessie étaient généralement fort épaisses. Leur surface interne était sillonnée par de nombreuses colonnes charnues; il existait plusieurs cellules, dont une surtout, correspondant à la tumeur dont j'ai parlé, offrait une cavité profonde dans laquelle aurait pu tenir aisément un œuf de poule. Cette cavité communiquait avec le reste de la vessie par une ouverture circulaire, à bords arrondis, ayant un centimètre de diamètre. Elle représentait une sorte de vessie surnuméraire, renfermant de l'urine et quelques lambeaux de matière concrète, semblable à celle que le malade rendait pendant la vie. Il s'y trouvait, en outre, une certaine quantité de substance terreuse et friable, incrustée dans du mucus épaissi. Quant à la tumeur, elle s'était développée dans le plan musculeux de la vessie, et semblait avoir fait appel aux tissus environnants, pour contracter des adhérences avec eux et les désorganiser. Elle était comme cartilagineuse, et de substance partout homogène et blanche. La membrane muqueuse vésicale, la prostate, l'urèthre et les reins étaient sains.

CHAPITRE IV.

HYPERTROPHIE, ATROPHIE ET ULCÉRATION DES PAROIS DE LA VESSIE.

ART. Ier. — CAPACITÉ DE LA VESSIE, ÉPAISSEUR ET COLORATION DE SES PAROIS.

1° Tous les praticiens connaissent la capacité ordinaire de la vessie et l'épaisseur de ses parois dans l'état normal. Par suite de maladies, et même seulement de troubles fonctionnels, il s'opère assez souvent dans le réservoir de l'urine, sous l'un et l'autre de ces rapports, des changements que le praticien doit avoir présents à la pensée.

Lorsqu'un obstacle s'oppose à l'expulsion de l'urine, la vessie, irritée, stimulée à une action exagérée, comme le dit Hunter, éprouve de notables modifications. Tantôt ses fibres musculeuses se fatiguent d'une lutte inutile, cessent d'agir, cèdent sous la pression de la masse liquide qui augmente sans cesse, et s'allongent

extraordinairement. Il en résulte une augmentation de la capacité du viscère, accompagnée de la diminution de l'épaisseur de ses parois : de là une série de troubles fonctionnels, dont je m'occuperai plus loin. Tantôt, au contraire, les fibres charnues de la vessie résistent, et, par l'effet de l'accroissement de leur irritabilité, se contractent de plus en plus; acquièrent du développement, de l'épaisseur, de la force dans la proportion de la résistance que rencontre l'émission du liquide urinaire. Dans les cas de cette catégorie, les fibres charnues de la vessie, à peine perceptibles dans l'état normal, grossissent, deviennent saillantes, se colorent, s'arrondissent, se dessinent derrière la membrane muqueuse, et forment des cordons entrelacés, et des colonnes que l'on a comparées à celles du cœur. Ce développement de la couche musculeuse de la vessie paraît s'opérer d'après la loi qui régit l'hypertrophie des autres organes. A part les changements survenus dans le volume, la consistance, la couleur du muscle hypertrophié, on y retrouve la même structure, la même organisation que dans l'état sain.

Fig. 6.

Par suite de ce développement, de cet entre-croisement successif des fibres charnues de la vessie, qu'on observe même dans l'enfance, les parois de l'organe acquièrent une épaisseur qui peut aller jusqu'à 54 millimètres, une consistance fort grande et une force proportionnelle. Par suite encore de ces changements, la cavité de la vessie diminue d'une quantité considérable, mais non constante, ni proportionnée à l'hyper-

trophie des parois. On observe à cet égard des particularités sur lesquelles je reviendrai.

Je me borne pour le moment à reproduire la figure 6 tirée de l'ouvrage de M. Crosse, dans laquelle sont représentés, entre autres dispositions morbides du col et du corps de la vessie, l'épaississement irrégulier de ses parois et la configuration anormale de sa cavité.

Dans quelques cas, au lieu d'être seulement hypertrophiées, les parois vésicales augmentent d'épaisseur, ainsi que nous l'avons vu dans un autre chapitre, par le fait d'un travail phlegmasique auquel tous les tissus prennent d'autant plus de part que la maladie est plus ancienne. Ici on trouve la tunique celluleuse épaissie, indurée; là il se forme dans l'épaisseur même des parois de l'organe, et dans une étendue plus ou moins grande, une infiltration de matière purulente concrète, ainsi que A. Paré, Ruysch, Chopart en citent des exemples, et comme je l'ai observé plusieurs fois dans ces derniers temps. Chez certains sujets, cet épaississement résulte de dépôts tuberculeux ou de masses molles de matière médullaire, soit qu'ils adhèrent avec plus ou moins de force aux parois du viscère, soit qu'ils pénètrent dans les éléments qui le composent.

2° Par suite des altérations et des transformations que peuvent entraîner les états morbides de la vessie, la face interne de cet organe présente de nombreuses particularités qui méritent de fixer l'attention.

Rien ne varie plus que la couleur de la membrane muqueuse vésicale après la mort. Tantôt elle est d'une pâleur remarquable, ce qui arrive surtout dans le cas d'atrophie, avec sur-distension : il semble alors que l'organe soit devenu exsangue ; tantôt elle offre des traces sensibles d'injection ; quelquefois même cette dernière est considérable, de sorte que sa surface interne se montre brune, violacée ou noirâtre.

La vessie peut se ramollir au point que la moindre pression exercée sur ses parois suffise pour la déchirer. J'ai eu plusieurs fois occasion de constater par l'autopsie ce ramollissement, qui n'avait pu être soupçonné pendant la vie. On avait seulement remarqué que la vessie ne possédait qu'un très faible pouvoir d'expulsion, qu'elle chassait péniblement et incomplétement son

contenu. Mais cette donnée ne suffisait pas pour établir le diagnostic, puisque la stagnation de l'urine a lieu très fréquemment sans que les parois vésicales soient ramollies. Presque toujours alors la membrane muqueuse, de même que les tissus sous-jacents, était fort pâle et privée de consistance. Dans un des premiers cas qui se sont offerts à moi, la seule pression du doigt, en soulevant le sommet de la vessie, a suffi pour déterminer une perforation. Dans les autres, tantôt il n'existait aucune trace de phlegmasie, et la surface interne était parfaitement blanche; tantôt aussi cette surface présentait une légère teinte verdâtre, ce qui correspond probablement au ramollissement gélatiniforme décrit par M. Cruveilhier (1).

Ces particularités sont d'autant plus importantes à noter, que des auteurs graves en ont tiré de fausses conséquences. De ce que la vessie n'était pas épaissie ou turgescente, on concluait que l'urine ne l'avait point fatiguée. Or, c'est là une erreur manifeste; car nous voyons souvent, dans cet organe comme dans beaucoup d'autres, la vie diminuer, et finir par s'éteindre sous l'influence d'une cause morbifique asthénisante, sans qu'il y ait le moindre travail de réaction, ou du moins sans que ce travail, s'il a lieu, soit apparent et laisse de traces, alors même que les troubles fonctionnels ont été graves pendant la vie. Ce fait a été reconnu par Morgagni; d'autres observateurs l'ont vérifié, et, pour mon compte, j'en ai recueilli un assez grand nombre d'exemples. Or, ce qui est fréquent chez les calculeux, n'est point rare non plus chez les personnes qui, n'ayant pas la pierre, éprouvent des désordres dans les fonctions de l'appareil urinaire.

C'est dans les cas surtout de ramollissement des parois vésicales, et d'affaiblissement progressif de la résistance des tissus qui les constituent, qu'on observe la rupture de l'organe.

Bonet parle d'un homme de trente ans qui, sortant de table pour aller satisfaire un besoin d'uriner auquel il avait longtemps résisté, fit une chute de quinze pieds. On le trouva sans connaissance. Il revint bientôt à lui, éprouvant une vive douleur à l'hypochondre droit et vers le cartilage xiphoïde; ses efforts

(1) *Anatomie pathologique du corps humain* avec planches, VIIIe, X^e, XXe livraisons.

pour uriner n'aboutirent qu'à lui faire rendre quelques gouttes d'un liquide sanguinolent. La sonde, introduite le lendemain seulement, évacua une grande quantité d'urine ayant le même aspect. Les accidents n'en persistèrent pas moins, et même s'accrurent : il survint des hoquets, des suffocations, des défaillances; on sentait un amas de liquide dans l'abdomen. La paracentèse, qui donna issue à environ 180 grammes de sang, parut procurer un peu de soulagement; mais le malade ne tarda pas à succomber. On trouva beaucoup de sang épanché, et la vessie largement déchirée vers son bas-fond, du côté du rectum.

Hunter cite le cas d'une femme enceinte qui éprouva une rétroversion de la matrice en glanant. Il résulta de cet accident une constipation opiniâtre et une rétention d'urine. On tenta en vain le cathétérisme; la sonde s'arrêtait à une profondeur de 4 à 6 centimètres, et il ne sortait pas une goutte de liquide. La malade dit qu'elle sentait quelque chose crever dans son ventre, et fit une fausse couche. On la sonda aussitôt après, sans obtenir d'urine, quoique l'instrument pénétrât dans la vessie. La mort ayant eu lieu le lendemain, on trouva neuf à dix litres de liquide urineux dans l'abdomen : la vessie était vide, flasque, rompue vers son fond ; on pouvait passer le doigt par la crevasse, dont les bords étaient gangrenés.

Les accidents de ce genre sont heureusement assez rares. Les auteurs y ont rattaché une série de symptômes d'après lesquels on croirait toute méprise impossible. Cependant les autopsies ont plus d'une fois fait reconnaître des perforations de la vessie dont on n'avait eu aucun soupçon pendant la vie.

Le docteur Hauff a rapporté l'observation d'un homme qui, après avoir bu beaucoup de vin doux, éprouva, à table même, une vive douleur abdominale, rendant tout mouvement insupportable; le ventre n'était pas tendu, ni la région vésicale tuméfiée; une petite quantité d'urine sortit par la verge. Cependant la mort eut lieu le quatrième jour, précédée du cortége des symptômes qui annoncent une péritonite intense. La vessie était racornie, très épaisse et perforée : il y avait de l'urine épanchée dans la cavité abdominale.

Une cause d'erreur assez rare, mais dont on doit tenir compte, consiste dans la marche des accidents et l'époque de la mort à la

suite des ruptures de la vessie. Un jeune homme se présente à l'Hôtel-Dieu, ayant reçu un violent coup de pied à la région hypogastrique : douleur vive, pissement de sang à plusieurs reprises ; pouls petit, fréquent et serré ; face grippée, extrémités froides ; tout annonce une vive affection abdominale, une péritonite. Mais on hésita à se prononcer sur la cause de la maladie, parce que, d'après les opinions reçues, la mort aurait dû survenir vingt-quatre ou trente-six heures après la rupture de la vessie. Cependant, l'expérience a prouvé que les épanchements d'urine dans la cavité abdominale ne sont pas toujours aussi promptement mortels ; quelques malades y résistent longtemps, et il y en a même qui guérissent, comme j'en ai cité un exemple dans le *Parallèle*. Chez plusieurs de ceux qui avaient survécu quelques semaines, j'ai observé, ce que Dupuytren avait déjà fait, des péritonites partielles, des fausses membranes, des adhérences, qui limitaient des épanchements. Mais, dans quelques-uns de ces cas, on ne s'était même pas douté que la vessie eût été rompue, à raison de l'absence presque totale des symptômes qu'on a coutume de rencontrer alors.

En général, lorsque la vessie se déchire, l'accident est déterminé par un coup, une chute, un ébranlement, une violence quelconque exercée sur elle, au moment où elle se trouve pleine d'urine. La rupture semblerait donc dépendre surtout de l'impulsion imprimée au liquide par un mouvement brusque. Mais l'affaiblissement, l'atrophie des parois vésicales, chez les sujets qui en ont offert des exemples, donnent à penser que cette disposition y contribue aussi pour beaucoup, en diminuant la résistance aux efforts que fait l'urine contre les membranes qui la contiennent. Il n'est pas même improbable que l'atonie de la vessie puisse quelquefois être la cause unique de la rupture, qui serait alors spontanée, en ce sens du moins qu'elle dépendrait de la seule pression du liquide, sans le concours d'une impulsion extérieure. On comprend d'ailleurs que toute violence directe soit, à plus forte raison, capable de la produire, ce qui explique ces passages inaperçus de la sonde à travers les parois vésicales, dont on trouve des exemples dans les auteurs, et qui démontrent combien il importe, lorsqu'on place un de ces instruments

à demeure, de le fixer de manière qu'il fasse le moins de saillie possible dans l'intérieur de l'organe.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade chez lequel la mollesse des tissus, la faiblesse de la constitution et l'ensemble des phénomènes morbides, font présumer que la vessie a des parois minces, molles et peu résistantes, on ne saurait prendre trop de précautions en introduisant la sonde. La moindre violence, la plus légère pression, une contusion quelconque, peut amener la rupture des parois vésicales. Il convient aussi de ne jamais laisser l'urine s'accumuler en assez grande quantité pour que le viscère éprouve une sur-distension. Enfin, il faut mettre le malade à l'abri des secousses, et spécialement de celles qui portent sur la région hypogastrique.

L'amincissement et l'affaiblissement des parois de la vessie se voient bien plus rarement, après les rétentions d'urine prolongées, que leur hypertrophie avec diminution de la capacité du viscère. Ayant déjà signalé les graves conséquences que cette disposition morbide peut entraîner, je me contenterai de la mentionner ici, pour rappeler que sa cause principale consiste dans les efforts redoublés auxquels l'organe se livre pour expulser son contenu, à la sortie duquel s'oppose un obstacle quelconque. Je ne reviendrai pas non plus sur les règles à suivre dans le traitement que cette altération rend nécessaire.

ART. II. — ULCÉRATION ET PERFORATIONS DE LA VESSIE; ÉPANCHEMENTS SPONTANÉS D'URINE.

En traitant des lésions de la prostate, des cellules vésicales de la cystite, du catarrhe, etc., j'ai cité un grand nombre de faits qui prouvent que les parois de la vessie peuvent être ulcérées dans une étendue variable, et même perforées. Je présenterai ici quelques remarques très générales sur les faits de ce genre, dans le but de résumer les observations déjà publiées, et de faire ressortir la nécessité des précautions à prendre pour établir le diagnostic de ces lésions.

Toutes les variétés imaginables peuvent être observées à l'égard des ulcérations de la face interne de la vessie, qui sont dues, les

à demeure, de le fixer de manière qu'il fasse le moins de saillie possible dans l'intérieur de l'organe.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade chez lequel la mollesse des tissus, la faiblesse de la constitution et l'ensemble des phénomènes morbides, font présumer que la vessie a des parois minces, molles et peu résistantes, on ne saurait prendre trop de précautions en introduisant la sonde. La moindre violence, la plus légère pression, une contusion quelconque, peut amener la rupture des parois vésicales. Il convient aussi de ne jamais laisser l'urine s'accumuler en assez grande quantité pour que le viscère éprouve une sur-distension. Enfin, il faut mettre le malade à l'abri des secousses, et spécialement de celles qui portent sur la région hypogastrique.

L'amincissement et l'affaiblissement des parois de la vessie se voient bien plus rarement, après les rétentions d'urine prolongées, que leur hypertrophie avec diminution de la capacité du viscère. Ayant déjà signalé les graves conséquences que cette disposition morbide peut entraîner, je me contenterai de la mentionner ici, pour rappeler que sa cause principale consiste dans les efforts redoublés auxquels l'organe se livre pour expulser son contenu, à la sortie duquel s'oppose un obstacle quelconque. Je ne reviendrai pas non plus sur les règles à suivre dans le traitement que cette altération rend nécessaire.

ART. II. — ULCÉRATION ET PERFORATIONS DE LA VESSIE; ÉPANCHEMENTS SPONTANÉS D'URINE.

En traitant des lésions de la prostate, des cellules vésicales, de la cystite, du catarrhe, etc., j'ai cité un grand nombre de faits qui prouvent que les parois de la vessie peuvent être ulcérées dans une étendue variable, et même perforées. Je présenterai ici quelques remarques très générales sur les faits de ce genre, dans le but de résumer les observations déjà publiées, et de faire ressortir la nécessité des précautions à prendre pour établir le diagnostic de ces lésions.

Toutes les variétés imaginables peuvent être observées à l'égard des ulcérations de la face interne de la vessie, qui sont dues, les

unes à la violence ou à la longue durée de la phlegmasie, les autres à des lésions organiques préexistantes ou simultanées, certaines enfin à la présence d'un corps étranger. Quelquefois, comme dans le cas suivant, on ne se rend pas compte de la cause qui les a produites.

Je fus invité par Bérard à être présent à l'ouverture du corps d'un homme mort dans son service, avant qu'on eût pu constater si, comme on le soupçonnait, il y avait chez lui quelque lésion profonde des organes urinaires. L'excavation pelvienne offrit des traces de péritonite, avec quelques fausses membranes. La vessie était médiocrement distendue par de l'urine. On l'ouvrit, ainsi que l'urèthre, par la face supérieure, après avoir divisé le cartilage interpubien, et écarté l'un de l'autre les os pubis, diduction pendant laquelle on vit un liquide purulent sortir du côté droit, en dehors de la partie membraneuse de l'urèthre (1). Le canal n'était le siége d'aucune coarctation, quoiqu'on eût éprouvé des difficultés pour introduire une sonde; seulement, à son orifice interne, on remarquait une déviation brusque, peu étendue. A mesure que le liquide contenu dans la vessie s'écoulait, on découvrait sur divers points de la face interne de cet organe de petites ulcérations superficielles, dont une, plus profonde et plus étendue, avait son siége vers le bas-fond ; mais ces ulcères, ou plutôt ces érosions ne paraissaient pas accompagnées de phlegmasie. Sur les côtés du col vésical, aux endroits où les lobes latéraux de la prostate font saillie lorsque la glande est tuméfiée, existaient encore deux larges pertes de substance, peu profondes et sans nulle trace d'inflammation. Aucun point de la membrane muqueuse de la vessie n'offrait cette teinte brune ou violacée qu'il est si commun d'observer dans les maladies graves de cet organe, et partout la coloration était, pour ainsi dire, normale. Sur le côté droit et à la face inférieure de la

(1) Ce procédé, auquel on a recours dans beaucoup d'autopsies, est défectueux, surtout en ce que les violences auxquelles il faut se livrer pour écarter les os pubiens entraînent des déchirures, et empêchent d'apprécier les lésions qu'on ne tarde pas à découvrir sur les côtés ou dans le voisinage du col vésical. Il est préférable de scier les branches des os pubis et ischion de chaque côté, et d'enlever ensuite avec précaution la symphyse et les tissus qui recouvrent la face antérieure de la vessie, ainsi que le côté supérieur du col vésical et de la partie profonde de l'urèthre.

portion membraneuse de l'urèthre, existait une vaste collection purulente, qui ne paraissait communiquer ni avec la vessie, ni avec son canal excréteur, ni avec le scrotum. Ce dernier était volumineux, et depuis longtemps on y voyait l'orifice externe d'un trajet fistuleux. Malgré toutes les recherches, on ne parvint point à découvrir de communication entre cette poche et les parties que je viens d'indiquer. Il paraît que l'abcès, dont la formation lente n'avait pas été soupçonnée pendant la vie, s'était développé sous l'influence de la lésion de la vessie, de la même manière qu'il arrive à certaines collections purulentes, siégeant sur le trajet de l'urèthre, par suite d'une lésion organique, ou seulement d'un trouble des fonctions de ce canal, avec lequel elles ne communiquent pas.

Dans certains cas, l'ulcération de la vessie est recouverte par une masse de matière terreuse, amorphe, mêlée à de la lymphe plastique et adhérant fortement à la surface ulcérée.

Quelques faits tendent à prouver que l'ulcération de la vessie est d'autant plus à craindre que l'inflammation, après avoir longtemps existé à l'état chronique, prend une marche aiguë, et persiste sous cette nouvelle forme. J'ai trouvé alors des ulcères, tantôt multiples et circonscrits, tantôt uniques, ou en petit nombre, mais fort étendus, presque toujours superficiels et n'attaquant que la membrane muqueuse. Celle-ci était, dans un certain espace, ou totalement détruite, ou criblée de petits trous séparés par des parties filamenteuses. Dans certains cas cependant les ulcères sont fort larges, ainsi que Trew, M. Brodie et autres en citent des exemples. Chez quelques sujets, la membrane muqueuse est détruite, et la tunique charnue se trouve mise à

* Fig 7.

*Fig. 7.— Cette figure, empruntée à Howship, donne une idée exacte de cette disposition. *a*. Ligne de démarcation du col et de la surface vésicale *c*, qui était d'un rouge très foncé. Les parties teintées de cette surface *b*, *b*, étaient recouvertes d'une matière terreuse mêlée à de la lymphe plastique très adhérente à la vessie. On sait que cette adhérence ne s'établit que dans les cas d'ulcération ou de dégénérescence. — *dd*. Deux petits abcès de la prostate, contenant aussi un dépôt calcaire amorphe.

découvert, mieux que ne le pourrait faire la dissection la plus minutieuse. Elle peut même disparaître entièrement, comme il arriva chez une femme, morte à la suite d'un catarrhe vésical aigu, dont M. Coulson a publié l'histoire. Dans d'autres circonstances, l'ulcération est moins superficielle, et je citerai à ce sujet le fait suivant, qui s'est offert à l'hôpital Necker.

Pendant deux mois que le malade passa dans mon service, on avait remarqué chez lui une fièvre lente, continue, avec perte complète de l'appétit, alternatives de dévoiement et de constipation, hoquets peu prononcés, mais fort opiniâtres, maux de reins, difficultés d'uriner, et douleurs en expulsant un liquide épais et puriforme. Ce malade s'éteignit lentement, sans qu'aucun symptôme pût faire soupçonner la nature des désordres que l'ouverture du corps révéla. La membrane muqueuse était détruite dans presque toute l'étendue de la vessie; ce qui en restait était phlogosé, érysipélateux, granulé. Les veines qui rampaient à la surface interne de l'organe avaient beaucoup de développement; deux d'entre elles surtout représentaient, de chaque côté, un gros cordon saillant et sinueux. De la face inférieure du col, et un peu sur le côté, s'élevaient deux excroissances fongueuses, aplaties, adhérentes par leur base au corps de la prostate, ou plutôt à l'espèce d'éperon qui s'étend d'un lobe latéral à celui du côté opposé. Ce repli formait une saillie coupée à pic du côté de l'urèthre, ayant 2 centimètres d'élévation, et mesurant l'étendue dont le canal était dévié en haut, à son entrée dans la vessie. Les lobes latéraux de la prostate n'étaient pas sensiblement tuméfiés, mais avaient une grande dureté. Dans celui du côté droit, on voyait une série de tubercules contenant une substance grise, un peu jaunâtre. La vésicule séminale correspondante était remplie d'une matière jaune, dure et concrète. Le trigone vésical n'offrait plus rien de sa forme et de son aspect ordinaires : c'était une surface inégale, bosselée, et bien plus étendue que de coutume. Les uretères étaient fort gros, et leur orifice vésical dilaté. L'urèthre ne présentait rien de particulier. La crête uréthrale était arrondie, plus dure qu'à l'ordinaire, et formait une espèce de tubercule, derrière lequel commençait la déviation du canal.

L'ulcération profonde des parois vésicales s'observe princi-

palement à la suite des inflammations vives et opiniâtres qui les envahissent, ou sous l'influence d'une phlegmasie lente et obscure, avec séjour prolongé, soit dans la vessie, soit dans les cellules, des dépôts purulents que forme l'urine. Dans ces cas, l'ulcération détruit non-seulement la tunique muqueuse, mais encore le tissu cellulaire intermusculaire, et n'épargne même pas les fibres charnues. C'est alors qu'ont lieu les perforations spontanées de la vessie, qui ne sont pas rares, mais qui n'entraînent pas toujours des suites aussi redoutables qu'on pourrait le penser. Les épanchements d'urine, qui en sont la conséquence ordinaire, présentent de grandes et nombreuses différences, suivant l'étendue de la perforation, la manière dont elle s'est produite, les organes auxquels elle correspond, et une foule d'autres circonstances.

Nous avons vu qu'à la suite de chutes, de coups, ou de toute autre violence, si la vessie ou les cellules distendues viennent à se rompre, le liquide fait irruption dans la cavité abdominale, occupe une large surface et entraîne nécessairement une violente inflammation, dont une mort prompte est la conséquence presque inévitable.

Le résultat n'est cependant pas toujours aussi funeste. Les archives de la chirurgie militaire fournissent des preuves nombreuses que des projectiles et des instruments piquants ont labouré ou perforé, dans tous les sens, le réservoir de l'urine, et déterminé des épanchements d'urine ou de tout autre liquide, avec présence de fragments d'os, de portions de vêtements, ou du corps vulnérant lui-même ; et cependant les malades ont survécu à des désordres qui paraissaient d'abord nécessairement mortels.

Les mêmes phénomènes peuvent avoir lieu aussi dans les perforations par toute autre cause, selon que la vessie, distendue et hypertrophiée, est animée d'une grande force d'expulsion, et lance avec énergie la colonne liquide par l'issue nouvelle qui lui est ouverte, ou que, sous l'influence de la phlegmasie ou du ramollissement dont elle est le siége, elle se contracte faiblement, si même elle fonctionne, dernier cas dans lequel l'urine reste stagnante et immobile (1). Cette circonstance est importante à

(1) Cette absence de contractilité des parois vésicales suffit à elle seule pour que l'épanchement urinaire soit circonscrit. C'est ce que prouvent divers faits de cystotomie sus-pubienne, dans lesquels la vessie et le péritoine sont lar-

noter, car, je le répète, les conséquences qu'entraînent les épanchements varient non-seulement d'après le nombre et la grandeur des perforations, leur mode de formation, les régions auxquelles elles aboutissent, mais surtout encore suivant que la contractilité vésicale est accrue ou diminuée.

D'un autre côté, la perforation, conséquence de la phlegmasie, s'établit presque toujours lentement, progressivement, par l'effet du travail morbide. Au lieu d'une grande crevasse de la vessie, brusquement opérée, il n'y a d'abord qu'un petit pertuis, résultat de l'érosion progressive des tissus. L'urine, au lieu de faire irruption, filtre en quelque sorte dans les parties, le plus souvent au-dessous du péritoine, qu'elle décolle, qu'elle soulève, et forme une collection plus ou moins grande en dehors de cette enveloppe. Si le péritoine est lui-même érodé, perforé, c'est le résultat d'un travail inflammatoire consécutif, plutôt que d'une rupture proprement dite. Il résulte de là que l'urine, lentement épanchée dans la cavité abdominale, se réunit en foyers isolés, et qu'il s'établit entre la vessie et les tissus voisins graduellement refoulés, des adhérences qui se consolident et contiennent le désordre dans d'étroites limites. Par suite de ce travail successif, quelquefois très long et toujours obscur, on voit s'organiser des cavités dont les parois ne manquent pas de solidité, quoique formées d'éléments mobiles et peu résistants. Aussi n'est-il pas absolument rare de voir des sujets vivre longtemps avec des épanchements abdominaux circonscrits, soit d'urine, soit d'un mélange de pus, d'urine, de sang, de mucosités, ou de toute autre matière. On se rend facilement raison des désordres que doivent nécessairement entraîner, dans la vessie et les organes qui l'environnent, le développement de semblables collections et le travail morbide qui en est la conséquence. Mais, pendant la vie, l'existence de ces désordres n'est pas toujours soupçonnée. Les erreurs de diagnostic qui ont été commises à cet égard doivent

gement ouverts. Dans un de ces cas, qui s'est offert dans ma pratique, on voyait les circonvolutions intestinales baignées par l'urine, qui sortait exclusivement par la plaie hypogastrique. Je me bornai à prescrire une immobilité absolue et à exercer une légère compression au-dessus de la plaie. L'épanchement urineux resta fort limité, il survint une péritonite partielle; mais en six semaines le malade fut guéri de l'opération et de la péritonite.

surprendre d'autant moins que les diverses espèces de tumeurs, les abcès, les cellules de la vessie, peuvent se former, comme on l'a déjà vu, sans que le malade en ait conscience, et sans la manifestation d'aucun phénomène propre à mettre le praticien sur la voie.

Mais même après la mort, quand on a les pièces sous les yeux, on rencontre parfois des difficultés dans la détermination de l'état morbide. Les épanchements circonscrits, surtout lorsqu'ils sont anciens, peuvent facilement être confondus avec certaines cellules, dont les parois perdent leurs caractères propres, par le fait d'un travail phlegmasique prolongé. Au lieu d'une surface plus ou moins lisse et régulière, leur cavité devient rugueuse, et présente des anfractuosités, des bosselures, des brides s'étendant en divers sens, de sorte qu'on a très bien pu croire avoir sous les yeux, tantôt une cellule, et tantôt une poche suppurante, surtout lorsque la cavité présentait une ouverture irrégulière, considérablement agrandie, à bords minces et festonnés, ce qui n'est pas absolument rare.

Quoi qu'il en soit, les faits constatés par les autopsies ont beaucoup d'importance par rapport au diagnostic des ulcérations et des perforations vésicales. Ils concourent d'ailleurs, s'ils ne suffisent pas toujours, à rendre raison d'une foule de phénomènes qui avaient embarrassé le praticien pendant la vie. Ils ont également pour effet de démontrer l'inutilité des efforts de l'art dans des circonstances où, moins éclairé, le praticien serait porté à les prodiguer.

Ainsi, en ce qui concerne le diagnostic, il présente les plus grandes difficultés, eu égard non pas seulement au nombre et à l'étendue des ulcères, à la direction, à la grandeur des perforations, mais même à leur simple existence, que l'ouverture des corps vient seule parfois révéler. C'est ce qui a lieu surtout dans les cas de maladie ancienne, lorsque les parois de la vessie ou celles des cellules ont subi les différentes phases de la phlegmasie et de la suppuration. Dans tous les cas, au lit du malade, il ne faut jamais perdre de vue que de tels désordres peuvent exister, et c'est d'après les conjectures qu'il forme à cet égard que le praticien règle sa conduite. Mais les données fournies ont une autre portée bien plus sérieuse ; elles fo

peut conduire la méthode expectante, dont on se contente si généralement, au début des affections lentes, obscures et non accompagnées de douleurs intenses des voies urinaires, tandis qu'en suivant une autre marche, on aurait sinon la certitude, au moins de fortes probabilités d'arrêter le mal dans ses progrès, et de prévenir ses funestes conséquences.

Il semblerait que la perforation d'une grande cellule, dont les parois sont toujours minces, doive être suivie d'un épanchement plus prompt et plus abondant que lorsque les parois vésicales elles-mêmes ont été usées ou affaiblies, au point que la perforation se produise. Les quelques faits que possède la science ne sont pas favorables à cette hypothèse. L'observation de Colot, dont j'ai donné les détails, tend même à prouver le contraire.

Quoi qu'il en soit, dès qu'il y a communication entre la vessie et les parties contiguës, et de quelque manière qu'elle se soit établie, l'indication la plus urgente est de détourner l'urine du point perforé, et la sonde en permanence est le moyen le plus sûr et le plus généralement usité pour atteindre ce but. Après la taille hypogastrique, l'expérience m'en a démontré l'utilité. De même, dans les plaies pénétrantes de la vessie, il résulte des observations de Cabrol, Dupuytren, Larrey, S. Cooper, etc., que l'usage de la sonde est éminemment salutaire, en assurant l'évacuation de l'urine et en maintenant les parois vésicales affaissées dans le repos, ce qui facilite le travail de la cicatrisation. La sonde sera tenue débouchée ; on se servira de préférence de celles de gutta-percha, à courbure fixe, qui ne s'altèrent pas, et sont moins sujettes à s'incruster. Par leur aptitude à s'adapter à la courbure du canal, les liens destinés à les maintenir en place deviennent inutiles; mais il est rare d'en trouver de bonnes.

Ce ne sont pas seulement des épanchements urineux dans la cavité abdominale qu'entraînent les perforations de la vessie; ce sont aussi des communications ou des fistules, soit recto ou intestino-vésicales, soit vagino-vésicales, soit enfin utéro-vésicales, dernière espèce fort rare sans doute, mais dont Mme Lachapelle a rapporté un exemple (1).

La plus fréquente des communications que les ulcères de la

(1) *Pratique de l'art des accouchements.*

vessie établissent, chez l'homme, entre cet organe et ceux qui l'avoisinent, se font avec l'appareil digestif. Celles-ci s'annoncent, pendant la vie, par le passage réciproque de l'urine dans le rectum, et des gaz intestinaux ou des résidus de la digestion dans l'urèthre. On en connaît un grand nombre d'exemples, et cependant leur histoire est encore fort obscure. D'abord, les signes à l'aide desquels on pourrait les reconnaître manquent assez souvent, ou, s'ils existent, ils sont si peu prononcés, qu'ils ne sauraient conduire à aucune donnée positive. En second lieu, alors même que l'existence réelle d'une de ces communications anormales est constatée, on demeure dans l'incertitude, eu égard à leur siége, à la longueur des trajets, à leur forme, à leur direction et aux dispositions de leurs orifices, tant du côté des intestins que de celui de l'appareil urinaire.

Certains malades rendent des gaz par la verge. On conclut de là qu'il y a chez eux communication entre le canal intestinal et l'urèthre ou la vessie. J'ai vu quelques cas de ce genre, un entre autres dans lequel la prostate était malade, et où la vessie contenait un petit calcul, outre qu'elle était atteinte d'un catarrhe invétéré. De nombreuses explorations faites par A. Dubois et par moi ne purent faire découvrir le point où l'appareil urinaire communiquait avec le rectum. Cependant la communication existait bien certainement. Après avoir expulsé pendant plusieurs années des gaz par l'urèthre, ce malade fut atteint de diarrhée, et rendit, par la même voie, un liquide ayant l'odeur et la couleur de matières stercorales diffluentes. Je le débarrassai de la pierre par la lithotritie; mais sa santé resta mauvaise, et il mourut quelques mois après. Malheureusement l'ouverture du corps ne put être faite.

Il s'est présenté à l'hôpital Necker un autre malade, chez lequel l'urine s'échappait par l'anus, mais en petite quantité, à d'assez longs intervalles, et précédée d'un suintement muqueux. Lorsque l'urine coulait pendant quelques jours, cet homme avait de la diarrhée, à laquelle la constipation manquait rarement de succéder. Du reste, on remarquait chez lui plusieurs fistules, s'ouvrant les unes au périnée, les autres à la partie inférieure du scrotum. Tout le périnée était dur et tuméfié; il y avait en même temps un catarrhe vésical fort avancé, avec perte de l'appétit, du

sommeil et des forces; l'urèthre était libre, mais fort irritable. Pendant le peu de jours que ce malade passa dans mon service, je tentai de diminuer la sensibilité du canal, afin de pouvoir rechercher s'il existait un corps étranger dans la vessie, et de déterminer si la fistule communiquant avec le rectum était urèthrale ou vésicale; mais il sortit avant que j'eusse pu procéder à ces explorations.

On a dit que le caractère distinctif des fistules vésicales était l'écoulement continuel de l'urine, soit à la surface tégumentaire, soit dans le vagin ou le rectum, et l'on a ajouté que cet écoulement se faisait souvent sans action de la part de la vessie, sans la volonté du malade, tantôt par l'effet de la pression, et tantôt par celui des mouvements du corps. Mais le fait de la sortie de l'urine par gouttes, se succédant sans interruption, qu'on a surtout présenté comme distinguant les fistules de la vessie de celles de l'urèthre, n'est pas constant à beaucoup près. Fort souvent, au contraire, le liquide ne s'échappe, en totalité ou en partie, de son réservoir, qu'au moment où le malade fait des efforts pour uriner ou pour aller à la selle. Dans les intervalles, qui sont parfois assez longs, il ne sort absolument rien par le trajet fistuleux, et si les sujets se garnissent alors de linges épais, à l'effet de se garantir, ce n'est que par précaution. L'écoulement continuel n'a lieu que dans certains cas, par le fait d'une irritation accidentelle, soit de la vessie, soit du trajet fistuleux, ou par suite de circonstances qui placent temporairement le malade en dehors de ses habitudes.

Je n'insisterai pas davantage sur ce point, qui semble appartenir plus particulièrement au domaine de la chirurgie générale; j'ajouterai seulement que, quand la fistule a été longtemps négligée, il peut survenir une dégénérescence squirrheuse et même cancéreuse du rectum, et qu'alors la maladie prend d'épouvantables proportions, comme on peut en juger d'après un exemple rapporté par Chopart.

Les mêmes difficultés, relativement à un diagnostic précis et complet, se présentent lorsqu'une communication s'est établie entre le sommet ou la face antérieure de la vessie et un point quelconque de la paroi abdominale. Que l'urine sorte par la cicatrice ombilicale, comme j'en ai vu deux exemples, ou que le trajet

fistuleux s'ouvre dans le voisinage des pubis, ainsi que je l'ai observé trois fois, il est moins facile qu'on ne pense de reconnaître toutes les particularités de la lésion. J'ai pu m'en convaincre dans les cas auxquels je fais allusion, et dont j'ai produit ailleurs les détails.

Si, au lieu de s'épancher au dehors, l'urine s'infiltre dans les tissus voisins, le diagnostic présente plus d'incertitude encore, comme le prouvent les faits dont j'ai donné la relation.

La vessie n'est pas le seul point de l'appareil urinaire qui puisse être le siége d'ulcérations ; on en découvre aussi parfois dans les reins. En ouvrant le corps d'un homme mort d'apoplexie de la moelle épinière, avec cystite, à l'Hôtel-Dieu, on trouva la vessie épaissie, rouge en quelques parties, et d'un noir ardoisé en d'autres ; son tissu était ramolli et parsemé de nombreuses ulcérations. Elle contenait de l'urine purulente et fétide. Les reins avaient un volume double de celui qui leur est naturel ; les bassinets et les uretères étaient dilatés, il s'en écoula un liquide purulent, mêlé d'urine. Leur membrane muqueuse était rouge, injectée, et parsemée d'ulcérations couvertes d'exsudations pseudo-membraneuses. Cette altération s'étendait jusque entre les mamelons, dont la substance était rougeâtre et semée de points gris, d'où la pression faisait sortir un liquide puriforme. La membrane muqueuse du bassinet droit était beaucoup plus altérée, et l'on y apercevait des ulcérations plus nombreuses et plus larges. Le tissu propre du rein était infiltré de pus. Les veines rénales offraient, à l'intérieur, des points rouges, disséminés jusque dans leurs dernières ramifications.

CHAPITRE V.

DES FONGUS DE LA VESSIE.

Rien n'est plus obscur que l'histoire des tumeurs fongueuses de la vessie. Quant à leur nature, il est bien évident que, sous les noms de carnosités, caroncules, squirrhosités, tubercules, fongosités, etc., les auteurs ont indiqué des productions morbides fort diverses dans leurs formes, quoique de structure souvent

identique, et que les nosologistes ont cru ensuite pouvoir admettre comme des espèces distinctes, dans leurs cadres trop élastiques. Mais les indications sont si vagues et les descriptions si peu précises, pour la plupart, qu'il y a très peu de lumières à obtenir, à leur sujet, des faits consignés dans les anciens recueils d'observations. Ce qui en ressort de plus positif, c'est que, fréquemment, on a considéré comme fongosités ou polypes des tuméfactions partielles de la prostate, et surtout de son lobe moyen. Morgagni, Chopart, Palletta, entre autres, ont commis cette erreur.

Pour ce qui est de la distinction établie entre les polypes et les fongus, basée sur le plus ou moins de consistance de la tumeur, faisant saillie dans la cavité vésicale, a-t-elle bien réellement l'importance qu'on a paru et qu'on semble encore vouloir lui attribuer? Il est permis d'en douter, en considérant que les symptômes sont les mêmes, que les causes ne diffèrent probablement pas, et que le traitement, autant toutefois qu'il est permis d'en essayer un, est semblable en tous points. D'ailleurs, cette consistance varie suivant le siége de la maladie, et, dans une même tumeur, selon le développement qu'elle a acquis, les complications qui sont survenues, les dégénérescences qui ont pu s'y opérer. Enfin, on ne parvient à l'apprécier que quand la production morbide est devenue accessible à nos sens par une opération ou par l'autopsie, à moins qu'étant implantée près de l'orifice interne de l'urèthre, elle ne s'engage dans le canal et ne vienne y faire saillie, disposition dont les auteurs rapportent des exemples, que j'ai moi-même observée plusieurs fois, mais qui est rare, du moins chez l'homme.

Ainsi, sans m'arrêter davantage sur ces divers points, je passe à des considérations qui tiennent de plus près à la pratique, prévenant seulement, pour éviter toute confusion, que j'appelle fongus ou polypes les tumeurs qui naissent de la face interne de la vessie, et dont la nature varie trop pour qu'on puisse rien établir de général à cet égard. J'ajouterai encore que les fongus du col et ceux du corps de la vessie ont été réunis dans ce chapitre, à raison des rapports qui existent entre eux, et qui ne permettaient pas de séparer leur histoire.

ART. Ier. — DESCRIPTION GÉNÉRALE DES FONGUS VÉSICAUX.

Le plus communément, selon la remarque déjà faite par la plupart des auteurs, c'est au voisinage du col vésical que se développent les tumeurs fongueuses. J'en ai rencontré à la partie antérieure du trigone, d'autres sur les côtés du col de la vessie, et même à sa partie supérieure. Mais l'intérieur du corps de l'organe n'en est pas exempt non plus. Par suite d'états morbides divers, spécialement de la phlegmasie de la membrane muqueuse, il se développe assez souvent, à la face interne des régions indiquées, des excroissances, de petites productions molles, flasques, filamenteuses, spongieuses, susceptibles d'acquérir le développement et de prendre les formes les plus variées. On en trouve des exemples remarquables dans les musées de Hunter et de l'hôpital Saint-Bartholomée. J'en ai cité plusieurs dans mon *Traité de l'affection calculeuse* (1). Les faits qui se sont offerts dans ma pratique semblent même établir que ces végétations sont plus fréquentes qu'on ne l'avait pensé. J'en ai observé derrière le trigone, et surtout à la face postérieure de la vessie, vers le bas-fond. On en a trouvé aussi au sommet et à la face antérieure de l'organe, ainsi que j'en ai rapporté plusieurs exemples remarquables (2).

La première de toutes les distinctions à établir est relative au mode d'insertion de la tumeur, quel que soit le siége qu'elle occupe. Nulle autre n'a plus d'importance, sous le point de vue pratique. C'est d'ailleurs parce qu'on l'a négligée, qu'on paraît avoir tant de fois confondu sous le même nom des maladies essentiellement différentes.

Un fongus qui commence repose d'ordinaire sur un pédicule. Il constitue une petite excroissance dont l'extrémité libre a plus de volume que la base, qui ne semble adhérer qu'à la membrane interne de la vessie. Cette dernière remarque avait déjà été faite par les auteurs; j'en ai reconnu la justesse dans quelques cas où il m'a été permis d'examiner la production morbide à son début.

(1) *Traité de l'affection calculeuse*, in-8 avec planches. Paris, 1838, p. 250 et suiv.

(2) *Traité de la lithotritie*, p. 100.

Les tractions exercées alors sur elle ne soulèvent que la membrane muqueuse. Mais lorsque la tumeur a pris un certain degré d'accroissement, ses racines s'étendent, en se multipliant, aux tissus profondément situés, se confondent graduellement avec eux par une série de transformations successives, et produisent ainsi une base consistante, dont l'étendue est presque toujours proportionnée au volume de l'excroissance, quoique cette règle ne soit pas sans exception.

Ce mode d'insertion des fongus est un de leurs caractères distinctifs. Il varie, du reste, au col et au corps de la vessie.

1° En considérant comme fongus toutes les tumeurs qui s'élèvent du col de la vessie, et dont plusieurs appartiennent aux lésions de la prostate, on avait été conduit à admettre que la plupart ont une base large. Ce qui avait surtout contribué à mettre cette opinion en crédit, c'est qu'en général, on n'est appelé à faire l'examen des productions morbides de ce genre que quand elles ont acquis un grand développement, qu'elles ont subi une série de transformations, ou que les tissus voisins ont été plus ou moins altérés. Les faits, en se multipliant, et surtout l'étude des parties, au début de la maladie, lorsque les sujets succombent à d'autres affections, ont prouvé qu'un certain nombre de ces fongus reposent sur un pédicule d'autant plus grêle que la tumeur est plus petite.

Ce pédicule a quelquefois beaucoup de longueur, en même temps qu'il est fort ténu. Dans ma seconde lettre sur la lithotritie, j'ai donné les détails d'un cas intéressant qui s'est offert à moi en 1825. La tumeur, semblable à une petite cerise, était attachée par un long et grêle filet sur la face antérieure de la vessie, à un centimètre et demi au-dessus de l'orifice vésical de l'urèthre, qu'elle obstruait souvent au point d'empêcher l'écoulement de l'urine. Cette tumeur ne fut pas reconnue pendant la vie.

Le 6 juin 1839, on a présenté à la Société de médecine pratique de Paris un malade chez lequel un fongus s'engageait dans l'orifice uréthral et produisait des rétentions d'urine qu'on faisait cesser en refoulant la tumeur dans la vessie.

Chez le nommé Thomas, dont j'ai relaté le cas dans une publication précédente, il existait, avec la pierre que j'ai extraite

par la taille, une de ces tumeurs fongueuses à pédicule allongé. Dès que j'eus saisi la pierre au moyen des tenettes, et au moment où je cherchais à l'extraire, je remarquai dans la plaie, entre les branches de l'instrument, une excroissance charnue, lisse, arrondie, du volume d'une cerise. Je confiai la tenette à Marjolin, qui m'assistait dans cette opération, et je tirai sur la tumeur, après l'avoir saisie au moyen d'une érigne. Le pédicule résistait; j'en fis la section au moyen de ciseaux courbes. La pierre fut extraite ensuite avec facilité, et la guérison eut lieu plus promptement même qu'on n'aurait pu l'espérer. Je ne sais ce qu'est devenue la partie du pédicule restée dans la vessie. Le malade a recouvré la faculté d'uriner comme dans l'état normal, et a vécu en bonne santé durant plusieurs années. Dans un autre cas, à l'hôpital Saint-Bartholomée, de Londres, on extirpa aussi, pendant la manœuvre cystotomique, une tumeur pédiculée, surajoutée à la prostate, de forme ovale, et qui avait 21 millimètres de diamètre. Le malade mourut.

En novembre 1845, à l'hôpital Necker, en présence d'un grand nombre de chirurgiens qui assistaient à ma clinique, j'ai extrait, au moyen du trilabe, une tumeur fongueuse du volume d'une petite noisette, à long pédicule, qui s'engageait souvent dans l'urèthre et occasionnait des rétentions d'urine. Ici le pédicule fut arraché par un procédé que je décrirai plus loin. Il ne survint aucun accident.

On peut rapprocher ces faits de celui dont Covillard donne les intéressants détails (1). Au lieu de la pierre, ce chirurgien saisit avec la tenette une *carnosité dure* et *calleuse*, de la grosseur d'une noisette. En ayant reconnu d'autres au col de la vessie, il en fit l'extraction, partie avec les doigts, partie avec la tenette; après quoi il retira une grosse pierre, et le malade guérit en moins de vingt-cinq jours.

Les excroissances fongueuses ou polypeuses des environs du col de la vessie peuvent être d'autant plus facilement confondues avec certaines tumeurs de la prostate, qu'elles ont le même siége, parfois la même apparence.

Rappelons que les intumescences limitées et peu volumineuses

(1) *Observations iatro-chirurgicales*, p. 125.

de la prostate ont une surface tantôt lisse et tantôt rugueuse. Les premières deviennent quelquefois inégales en se développant, le plus souvent par l'effet de l'isolement des granulations de la glande, qui s'écartent en grossissant, de manière à former des mamelons réunis au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche, et ayant d'ailleurs la même teinte et la même consistance. Ici la distinction est facile, sinon sur le vivant, du moins après la mort.

Mais, parmi les inégalités dont peut être chargée la surface des tumeurs prostatiques, il en est d'autres qui méritent une attention plus particulière. Elles consistent en excroissances pédiculées ou à base large, très analogues aux productions fongueuses, et siégeant spécialement comme elles, à l'angle antérieur du trigone, bien qu'elles se montrent quelquefois aussi à la surface vésicale des lobes latéraux de la prostate, où quelques écrivains ont prétendu, sans en donner de bonnes raisons, qu'il ne peut s'en développer.

Cette différence d'origine entre les fongus ou polypes du col de la vessie, dont les uns naissent de la membrane muqueuse et d'autres couronnent en quelque sorte des tumeurs prostatiques, aurait-elle quelque influence sur les résultats de leur arrachement ou de leur ablation avec l'instrument tranchant? La science ne possède encore aucun fait qui puisse résoudre cette question.

Même au début, la forme que je viens de décrire n'est cependant pas sans exception. J'ai vu des tumeurs peu volumineuses, qui adhéraient à la vessie par un pédicule gros et court. Il n'est pas rare d'en rencontrer qui soient plus larges à leur base qu'à leur extrémité libre. Mais je dois rappeler ce que j'ai dit, en décrivant le repli transversal de l'orifice interne de l'urèthre, qu'il arrive parfois qu'on observe, surtout à l'angle antérieur du trigone, non pas des excroissances isolées, mais un boursouflement comme fongueux de la membrane muqueuse du col vésical.

Une autre particularité, qui mérite également d'être notée, c'est que des excroissances fongueuses se développent quelquefois sur des tumeurs préexistantes, spécialement au col de la vessie. Les auteurs en citent des exemples. On en trouve un remarquable à la planche 19 du *Traité des calculs uri-*

de M. Crosse. Les pièces déposées dans les musées
mie morbide constatent que le fait n'est pas absolu-
re. La pratique m'en a offert plusieurs cas remar-
s, un, entre autres, que j'ai observé le 15 juin 1850, sur
nme qui avait deux pierres; l'une dans la vessie, et
en partie dans une cellule, présentant un rétrécissement
ort avec l'orifice de cette dernière. Une tumeur du corps
rostate était surmontée d'une fongosité distincte.

Fig. 8.

La figure 8, dans laquelle sont représentés le volume de la prostate, l'épaississement des parois de la vessie, et les ulcérations de sa surface interne, représente assez bien la disposition de ces tumeurs pédiculées du col vésical.

Dans la plupart de ces cas, lorsque la maladie est ancienne, les tumeurs se trouvent accolées, ou même confondues, et ne diffè-
[illegible] qui reste généralement moindre dans le
[illegible] que la différence de dureté que les auteurs

[illegible] tuméfaction des lobes latéraux de la prostate, dont
[illegible] de la crête urétrale, ce qui donne une lon-
[illegible] de l'urèthre. On remarque un prolongement que
[illegible] membraneuse, et qui s'étend jusqu'au bulbe de
[illegible] un évasement ovoïde, allongé et fort régulier,
[illegible] orifice, arrondie, implantée à la face inférieure de
[illegible] centre cet orifice. C'est cette tumeur, plutôt
[illegible] permettait à la sortie de l'urine un obstacle qu'on
[illegible] le commencement de plusieurs fausses
[illegible] et sur les côtés du pédicule de la tumeur. En
[illegible] en bas, ce qui fait paraître le corps de la
[illegible] les fausses routes elles-mêmes étaient an-
[illegible] la petite tumeur, ses pédicules et les an-

signalent, et qu'on observe de loin en loin, entre la base et le sommet de la tumeur, bien qu'elle puisse souvent tenir à une dégénérescence que cette tumeur, de nature homogène au début, commence à subir dans sa partie la plus saillante. C'est un point sur lequel je me suis expliqué en décrivant les engorgements de la prostate, et en faisant connaître les transformations qui peuvent s'y opérer pendant leur développement.

2° Dans l'intérieur de la vessie, on voit quelquefois des granulations ou de très petites productions pédiculées : presque toujours le pédicule est fort court. Lorsque, avec le temps, la tumeur croît, elle prend la forme d'un champignon, et son support s'élargit. On constate alors qu'elle adhère aux parois vésicales par une large surface, quoiqu'elle continue d'appartenir à la catégorie de celles qu'on nomme pédiculées. Ainsi, pour le corps de la vessie, plus souvent encore que pour le col, lorsque le fongus a acquis un certain volume, il est fixé à la surface interne du viscère par une base assez étendue, et au lieu de ne tenir qu'à la membrane muqueuse, comme dans le cas de pédicule mince, il enfonce profondément ses racines dans les parois de l'organe. Ces dispositions sont fort importantes à connaître, car il en découle des indications curatives spéciales.

Entre autres cas qui se sont offerts à moi, je citerai le suivant, qui a de l'analogie avec celui représenté dans la fig. 8. Un homme âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution affaiblie, souffrait depuis longtemps du côté des voies urinaires. On employa divers moyens, qui échouèrent tous. On crut alors à l'existence d'une pierre, et le malade se fit admettre à l'hôpital Necker. Il était plongé dans un tel état d'hébétude, qu'on ne put tirer de lui aucun renseignement, ni sur ce qu'il éprouvait, ni sur ce qui avait été tenté. Force fut de se borner à l'observation des symptômes actuels : faiblesse générale, perte complète de l'appétit,

fractuosités du col vésical, résultats de tentatives malheureuses de cathétérisme, était ferme et sans nulle trace de phlegmasie. C'est aussi par l'effet de ces manœuvres et par la mauvaise direction imprimée à l'extrémité de la sonde, que la face inférieure de l'urèthre paraissait avoir été fortement déprimée, de telle sorte qu'il existait une grande différence dans le niveau de cette partie du canal et de la surface de l'angle antérieur du trigone. Du reste, celui-ci était fortement soulevé, mais sans rebord à l'angle postérieur. Les orifices des uretères ne font aucune saillie. Les parois vésicales sont hypertrophiées, et cependant le viscère a une capacité considérable. La membrane muqueuse est colorée en rouge dans la plus grande partie de son étendue. Vers le bas-fond existent un grand nombre d'ulcérations superficielles, circonscrites, recouvertes d'une couche grise, jaunâtre et brune dans plusieurs points.

somnolence continuelle, insouciance extrême, quelques douleurs pour uriner, urines mêlées de sang et de mucosités, parfois émission de sang pur, grande sensibilité de l'urèthre. Bientôt la fièvre augmenta, des vomissements survinrent, et le malade mourut. On trouva, au côté gauche de la vessie, une excroissance ayant la forme d'un champignon. Cette tumeur se bornait, en avant, à l'orifice de l'urèthre, où elle formait un rebord de 18 millimètres d'épaisseur, contre lequel avaient dû butter les sondes, car elles y avaient commencé deux fausses routes, l'une à droite, l'autre à gauche, immédiatement derrière la crête uréthrale, qui ne présentait pas d'altération notable. Le fongus était déjeté à gauche; il couvrait l'orifice interne de l'urèthre, ainsi que la plus grande partie du trigone vésical, et s'étendait vers le bas-fond de la vessie. A droite, une partie du trigone se montrait à découvert; dans le reste de la circonférence, où la dégénération était assez avancée, la saillie de la tumeur était d'environ un centimètre. Au centre, elle présentait moins de relief, et la membrane muqueuse y conservait encore une apparence normale : le tissu y était aussi plus serré et plus consistant. Au pourtour, se voyaient des franges, des mamelons, de couleur brune, grisâtre, et le tissu, très mou, se laissait déchirer avec facilité. A gauche de l'orifice de l'urèthre existait une éminence qui longeait la tumeur dans l'étendue de 5 centimètres. Ce fongus s'implantait sur une large surface du col et du corps de la vessie par un gros pédicule, ou plutôt par un faisceau de pédicules qui s'étaient soudés ensemble, et dont les racines pénétraient profondément dans l'épaisseur des parties. Vers le sommet de la vessie et à sa face postérieure, il y avait deux autres excroissances fongueuses de même nature, mais peu développées encore, et dont le tissu cédait facilement à la traction.

Ainsi qu'on peut l'inférer de ce qui précède, les divers modes d'insertion des fongus vésicaux présentent des différences très nombreuses, dont la simple énumération n'offrirait aucun intérêt. Et de même l'exposition de leurs caractères physiques, avec une précision rigoureuse, exigerait beaucoup de détails qui m'entraîneraient trop loin, sans être utiles pour la pratique. Je me bornerai donc à résumer quelques remarques sur leurs dispositions principales.

a. La forme des fongus varie beaucoup : d'abord suivant qu'ils sont ou non pédiculés. Dans le premier cas, nous voyons, au début, une petite tumeur comme vésiculeuse, lisse, molle, plus ou moins arrondie, quelquefois inégale, rugueuse, mûriforme, tuberculeuse, frangée, ayant plus particulièrement son siége au pourtour de l'orifice interne de l'urèthre, auquel elle tient par un pédicule plus ou moins long, et presque toujours grêle. C'est ce qui avait lieu dans les cas dont je viens de parler. Chez un malade de M. Bédor, la tumeur pédiculée était du volume d'une grosse truffe. Sa surface avait la couleur d'un rouge de sang, sous une couche de dépôt lithique qui se détachait avec facilité. Dans le cas de Mondoret (1), il existait, à la partie inférieure du col vésical, un fongus pédiculé, dont l'extrémité libre, de forme triangulaire, et à bords frangés, formait une cloison aplatie d'avant en arrière, qui s'étendait d'un lobe latéral de la prostate à celui du côté opposé, et oblitérait l'urèthre par intervalles. Dans plusieurs autres cas, la tumeur était dure et résistante, mais sans trace de dégénérescence. Son tissu, serré et inextricable, avait de l'analogie avec celui de la prostate. Sa rénitence paraissait dépendre de la pression que son enveloppe exerçait sur lui, car il s'épanouissait dès qu'en la divisant, on le rendait libre. Dans d'autres cas, les tumeurs pédiculées de la vessie ressemblent aux petites excroissances graisseuses qu'on remarque sur les téguments de certaines personnes chargées d'embonpoint. J'en ai vu qui étaient aplaties, à peu près triangulaires, et d'autres qui ressemblaient à de petites crêtes de coq.

En février 1839, se présenta, dans mon service à l'hôpital Necker, un malade dans un état si grave, qu'il me parut inopportun d'explorer la vessie. Il succomba quelques jours après. On trouva à l'orifice interne de l'urèthre une tumeur du volume d'une noisette, de nature fongueuse, et de chaque côté un repli membraneux, s'étendant aux lobes latéraux de la prostate. La vessie était dilatée. De la face interne de ses parois hypertrophiées se détachaient en quelque sorte des colonnes charnues, très remarquables par leur volume, leur longueur, leur direction, mais isolées et recouvertes par la membrane muqueuse, qui était à peine

(1) *Traité de l'affection calculeuse*, p. 327.

malade. Entre ces colonnes proéminentes et celles qui conservaient leurs dispositions normales, on remarquait les orifices d'un grand nombre de cellules, dont plusieurs contenaient de petits calculs, les uns apparents, les autres entièrement cachés dans leurs loges. On en compta une quarantaine, d'acide urique, recouverts d'une couche grise. Quelques-uns présentaient des facettes.

Sous le rapport des difficultés qu'on aurait éprouvées à débarrasser entièrement la vessie par la taille, aussi bien que par la lithotritie, ce cas ne diffère pas de beaucoup d'autres que j'ai rappelés, ou dont j'ai donné le détail dans mes ouvrages sur la lithotritie et l'affection calculeuse. Mais il en diffère par la forme et par la grosseur des colonnes charnues, que je n'ai jamais vues aussi saillantes dans la cavité de la vessie : il eût été difficile de ne pas les pincer avec le lithoclaste ou les tenettes.

Lorsque les fongus ont leur siége dans la cavité vésicale, leur forme varie aussi. Au début, elle paraît différer beaucoup de ce qu'elle devient plus tard, si j'en juge du moins d'après le petit nombre de sujets qu'il m'a été donné d'observer. Dans plusieurs cas, la surface interne du viscère offrait une série de petites excroissances ressemblant à des verrues ou à des tubercules.

Dans d'autres, on eût pensé avoir sous les yeux une dartre pustuleuse, etc.

Dans un autre enfin, dont je donne ici le dessin (fig. 9), on remarque un amas de fongus filamenteux, de touffes fibreuses flottantes dans la vessie. J'ai eu plusieurs fois occasion de parler de cette pièce, figure des plus remarquables que je connaisse, et dont je donnerai la description, en insistant sur les principaux détails. Sous le point de vue de l'hypertrophie de la prostate, je n'ai pas rencontré de cas dans lequel les tumeurs formées par les lobes latéraux et par le corps de la glande fussent plus symétriques et mieux dessinées. En procédant d'avant en arrière, on voit le *verumontanum* formant une saillie régulière, allongée, sans trace des orifices des conduits spermatiques à son sommet, ainsi que cela se voit dans beaucoup d'autres cas. La position de la crête uréthrale, relativement à la tumeur des lobes latéraux, forme contraste avec d'autres pièces. Ici les lobes de la glande proéminent davantage du côté de la vessie, le col est refoulé en arrière, et la crête uréthrale se trouve au-devant du point le plus

saillant des tumeurs prostatiques latérales. La crête envoie un prolongement formant relief, en avant, vers la partie membraneuse de l'urèthre, et en arrière, où ce prolongement se confond avec l'angle antérieur de la tumeur pyriforme qui résulte de l'engorgement du lobe moyen de la prostate. Cette tumeur est volumineuse, un peu moins large à sa base qu'à sa partie libre et en

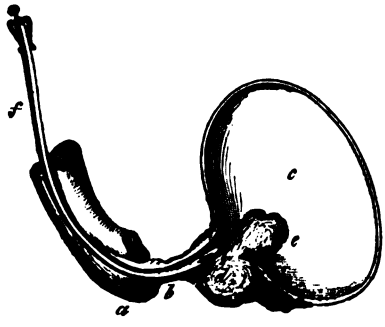
Fig. 9.

saillie; d'où résultent, entre elle et les tumeurs formées par les masses latérales, deux sillons profonds, obliquement dirigés d'avant en arrière et de dedans en dehors. Du reste, on ne remarque aucun vestige d'inflammation. Il n'y a pas non plus de différence appréciable entre les points tuméfiés et les parties sous-jacentes de la prostate. Les parois vésicales, fortement hypertrophiées, envoient à la capsule de la glande une couche épaisse de fibres musculeuses, qu'on peut aisément suivre jusque vers le commencement de la partie spongieuse de l'urèthre. La cavité vésicale est ample, et de divers points de sa surface on voit s'élever des touffes pédiculées de substance fongueuse, qui envoient à l'intérieur de la vessie des prolongements nombreux, dont quelques-uns sont fort longs. Cette substance

filamenteuse est molle, et se déchire avec une grande facilité. On aperçoit aussi, à la surface interne de la vessie, les orifices de plusieurs petites cellules contenues dans l'épaisseur des parois. Plusieurs de ces orifices sont cachés par les expansions fongueuses. Je dirai ici, par anticipation, que la connaissance de cette pièce m'a été fort utile dans des cas analogues que j'aurai l'occasion de citer, et où je suis parvenu à opérer l'arrachement des fongosités, après avoir réussi à établir sur leur existence un diagnostic exact.

Lorsque la base de la tumeur est large, sa forme varie plus encore que quand il existe un pédicule. Au col vésical, nous voyons, dans l'origine, tantôt une excroissance en forme de verrue, inégale, bosselée, tuberculeuse, tantôt une masse évasée, lisse, ovoïde, arrondie, conoïde, et en général peu dure. Lorsque le fongus a acquis de fortes dimensions, il est susceptible de revêtir les configurations les plus bizarres. J'en ai vu qui représentaient des cônes d'une régularité parfaite. D'autres étaient irréguliers, bosselés, rameux, tuberculeux, ou semblables à des champignons, à des choux-fleurs.

b. Le volume des fongus vésicaux ne varie pas moins que leur forme. Il est presque toujours en raison inverse du nombre des tumeurs, et généralement proportionné à l'ancienneté de la maladie.



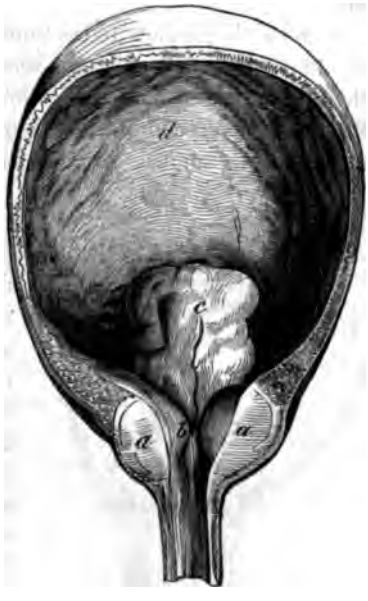
* Fig. 10.

La plupart des excroissances de ce genre qui surviennent au col de la vessie sont peu volumineuses. Morgagni en cite qui ressemblaient à un grain de raisin, à une cerise, à une fève. Ch. Bell a donné la figure 10 (1). Celles que j'ai observées n'étaient pas fort grosses non plus; leurs dimensions n'excédaient pas celles d'un pois, d'une noisette, d'une

(1) On voit dans cette figure une tumeur du col vésical que l'auteur appelle *uvula vesicæ*, et qui envoie un prolongement considérable dans la cavité de l'organe. *f.* Sonde placée dans l'urèthre; elle se trouve arrêtée par la tumeur, qui tient à la prostate *d* par un fort pédicule. — *a.* Le bulbe de l'urèthre. — *b.* La partie membraneuse de ce canal. — *c.* La cavité de la vessie. — *e.* La tumeur en saillie dans la cavité vésicale.

noix. Cette circonstance mérite d'être notée, à raison de son importance sous le point de vue du diagnostic et du traitement. Il y a néanmoins des exceptions.

On trouve dans Hunter la figure d'une pièce intéressante sous plusieurs rapports, qui donne une idée assez exacte de la saillie que certaines tumeurs font dans la cavité vésicale (fig. 11).



* Fig. 11.

Zacutus dit avoir trouvé au col de la vessie une masse de chair squirrheuse, du volume d'un œuf d'oie. Une femme morte à l'Hôtel-Dieu a offert une tumeur pédiculée dont la grosseur égalait celle d'un œuf de dinde. Dans des cas cités par Lafaye, Chopart, et sur lesquels je reviendrai, la tumeur, de nature fongueuse ou sarcomateuse, avait le volume d'un œuf, ou même du poing.

Au corps de la vessie, les fongus présentent plus de variétés. Chez quelques sujets, morts de maladies étrangères à l'appareil urinaire, j'ai trouvé la surface interne du réservoir de l'urine parsemée de granulations polypeuses extrêmement petites. Dans d'autres cas, où les désordres des organes urinaires avaient amené la mort, ces productions morbides étaient développées en tous sens, et formaient des saillies considérables, dont la configuration et la consistance ne différaient pas moins que le volume. J'en ai vu qui occupaient la moitié d'une vessie de capacité ordinaire. Svertner, Baillie et Lobstein en ont rencontré qui remplissaient presque entièrement l'organe. Slotanus en cite une qui l'obstruait au point de laisser à peine un passage libre à l'urine,

* Fig. 11. — On remarque dans cette figure que j'emprunte à Hunter, p. 15, traduction de M. Richelot : — *a*, *a*. Surface de la section de la prostate. — *b*, *b*. Faces internes de la prostate faisant saillie en dedans. — *c*. La tumeur. — *d*. La cavité de la vessie.

depuis les uretères jusqu'à l'urèthre : le malade avait offert, pendant la vie, tous les symptômes de la pierre. Chopart en a trouvé du volume d'une grosse pomme. Fabrice de Hilden parle d'un fongus pesant soixante grammes, et de la grosseur d'un œuf de poule.

Au reste, la plupart de ces tumeurs volumineuses, soit du col, soit du corps de la vessie, non-seulement n'étaient pas de nature identique, mais avaient déjà subi des dégénérescences dont il importe de tenir compte. Les fongus véritables, à l'état simple, atteignent rarement de pareilles dimensions.

FIG. 12.

c. Je dirai peu de chose du nombre des fongus vésicaux, parce qu'il ne présente rien de constant. Au début de la maladie, surtout quand elle a son siége dans le voisinage du col, on ne trouve généralement qu'une seule tumeur ; mais il ne tarde pas à en pulluler d'autres. J'en ai rencontré deux, de volume à peu près égal, qui étaient implantées sur les lobes latéraux de la prostate, chez un calculeux dont j'ai publié l'histoire dans la *Gazette médicale*. M. Crosse a vu, sur les côtés du col vésical, au niveau de l'insertion des uretères, deux petites masses polypeuses dont je reproduis ici la figure. Au-devant de ces tumeurs, il y en avait une série d'autres, petites, groupées au pourtour de l'orifice de l'urèthre. Dans l'intérieur de la vessie, les fongus sont parfois en

FIG. 12. *aa*, Ouverture de l'urèthre. — *bb*, Surface des corps caverneux. — *j* Masses de petites tumeurs au col de la vessie, et dont quelques-unes s'engagent dans l'urèthre. — *l* et *k*, Deux tumeurs polypeuses, de volume inégal et de forme irrégulière, occupant les côtés du bas fond de la vessie vers l'orifice des uretères, et séparées d'une manière très distincte de la membrane muqueuse, molle et pâlâtre, du reste de la surface vésicale *g*. — *hh*, Orifices de deux petites cavités existant dans l'épaisseur des parois vésicales.

nombre si considérable, qu'ils recouvrent presque entièrement la membrane muqueuse, comme l'ont observé Richter et Desault. En grossissant, ils s'accolent parfois les uns aux autres, et forment des plaques plus ou moins étendues, ou bien se réunissent et présentent l'aspect de champignons. Chez un malade dont la vessie avait perdu tout ressort, et qui mourut après avoir fait usage de la sonde pendant cinq ans, Colot fut curieux de connaître la cause du mal, et particulièrement de ce qui entretenait une tension permanente à la région de la vessie, même après l'écoulement des urines.

« Nous trouvâmes, dit-il, à l'ouverture du corps, huit caroncules grosses comme des noix, nées et attachées sur la superficie de la membrane interne de la vessie ; elles faisaient non-seulement une forte tumeur, mais elles tenaient la vessie en telle sujétion qu'elle ne se pouvait plus resserrer pour pousser les urines. »

Colot parle d'un autre malade qui éprouvait depuis trois mois des douleurs extrêmes en urinant, et qui avait rendu par la verge, depuis ce temps-là, au moins quatre à cinq livres de chairs pourries et d'une horrible puanteur. « A ce récit, dit Colot, nous nous regardâmes tous trois sans rien dire, dans l'incertitude où nous étions que ce malade ne fût plus faible d'esprit que de corps (1).

» Cependant il parlait judicieusement. Je proposai de le sonder, ce qui fut fait à l'instant. Je ne touchai point de pierres à la vérité, mais je reconnus un grand embarras dans la vessie. Cela nous donna lieu de continuer la visite de la vessie matin et soir durant quinze jours, et nous y portâmes beaucoup d'injections. Ce fut dans cet espace de temps que nous fûmes témoins qu'il avait encore vidé par la verge au moins deux livres de matières pourries, ce qui nous fit penser à lui faire incision au périnée pour en faciliter la sortie.

» Je la fis le 18 du même mois, et il mourut au bout de trois semaines, ayant rendu par la plaie une bien plus grande quantité de chairs corrompues. A l'ouverture de son corps, on trouva dans la vessie une masse de chairs étrangères de la grosseur de

(1) *Traité de l'opération de la taille.* Paris, 1727, p. 282.

trois œufs de poule. Elles ressemblaient à ce que nous appelons des grappes aux pieds des chevaux. Cette chair était pleine de pointes et de boutons qui, par la mauvaise disposition de leur substance, ne se nourrissaient que d'une matière vicieuse; c'est pourquoi ils se pourrissaient et tombaient dans la vessie, de sorte qu'il s'en faisait une décharge continuelle. »

Fig. 13.

M. John Birkett, chirurgien de l'hôpital de Guy, donne l'observation d'une fille de cinq ans, morte en 1857 dans cet établissement, à la suite d'une lésion de la vessie, et la figure 13, qui représente ce viscère. Je reproduis cette figure dans laquelle on voit une vessie grande, à parois épaisses, et contenant une masse énorme de fongosités que l'auteur appelle *polype fibreux*, et qui sont implantées par des pédicules plus ou moins gros, vers l'orifice interne de l'urèthre, à la face antérieure de la vessie. Cette tumeur est formée de deux portions isolées, d'un volume à peu près égal, l'une poussée en avant par l'urèthre jusqu'au méat urinaire, et l'autre dirigée vers le bas-fond de la vessie : cette dernière forme plusieurs autres tumeurs distinctes

s'étendant en arrière dans la cavité vésicale. Sur les côtés s'en trouvent d'autres encore de même nature, de forme variable, mais moins volumineuses. On voit près du col de la vessie deux masses de granulations ou petites excroissances, ayant les mêmes caractères. Deux stylets marquent le passage des uretères.

La portion en saillie au méat urinaire forme sept ou huit lobes dont la réunion constitue une tumeur irrégulière. L'urèthre était encore assez large pour admettre une sonde et même un porte-ligature.

Au triple point de vue de l'âge de la malade, du volume et de la disposition de la production morbide, de la promptitude de son développement, ce cas est très remarquable; il mérite de fixer l'attention. L'hypertrophie des parois vésicales chez une fille aussi jeune devait encore être signalée. Au rapport de sa mère, la malade ne se plaignait de douleur à la région hypogastrique que depuis sept ou huit semaines. Les accidents paraissent avoir marché très rapidement, et l'on avait combattu les difficultés d'uriner et les rétentions d'urine au moyen de la sonde. Au moment de son admission à l'hôpital, le 26 décembre 1857, la petite malade était si irritée, si agacée, qu'on ne put établir un diagnostic complet.

C'est le 7 janvier que la moitié de la tumeur vésicale fut projetée à travers l'urèthre. On eut recours au chloroforme pour explorer l'urèthre et la vessie (1). Le fait nouveau de M. Birkett diffère de ceux que l'on connaissait déjà par les points que j'ai indiqués : c'est un exemple de plus pour ajouter à l'histoire des fongus pédiculés de la vessie, chez la femme, avec sortie de la tumeur par le méat urinaire. Tous les chirurgiens savent, en effet, que ces cas ne sont pas rares, et l'on est à peu près d'accord aujourd'hui et sur la nature de la lésion et sur la manière de la traiter.

c. Celles des tumeurs fongueuses qui sont petites, arrondies, pédiculées et situées près du col, ont peu de dureté, et n'acquièrent de la consistance qu'en vieillissant. Celles qui prennent la forme de champignons demeurent généralement molles, surtout à leur

(1) *Medico chirurgical Transactions*. Londres, 1858, deuxième série, t. XXIII, p. 316.

extrémité libre, qui est frangée et souvent terminée par des filaments flottants. Quelquefois leur surface est mamelonnée, et chaque mamelon se trouve uni à son voisin par une membrane commune; mais, en général, la masse entière est peu consistante. Dans le corps de l'organe, certains fongus mous et filamenteux se rompent ou se déchirent avec la plus grande facilité, et leur mollesse est telle qu'on a de la peine à les sentir lorsqu'ils ont été saisis par un instrument lithotriteur, ce qui contribue beaucoup à augmenter l'incertitude du diagnostic. Chez un malade entré à Necker pour une hématurie, et qui succomba peu de jours après à une néphrite aiguë, nous avons trouvé, le 23 mai 1855, plusieurs fongus mous, allongés, de forme irrégulière, dont un, plus volumineux, adhérait par un pédicule peu large à

Fig. 14.

l'orifice de l'uretère gauche. Un autre, plus petit, occupait l'orifice de l'urèthre; vers le bas-fond de la vessie se présentaient plusieurs autres expansions de même nature. Ces productions auraient été facilement reconnues pendant la vie, si la marche rapide de la néphrite n'eût pas contre-indiqué les explorations

nécessaires. Ce fait prouve que des espèces de fongus très différentes peuvent exister chez le même malade.

Le dernier cas de fongus, chez l'homme, que j'ai observé, et dont je donne ici la figure, est surtout remarquable par la mollesse et le relâchement des tissus qui forment la surface interne de la vessie (voy. fig. 14).

D'une éminence allongée, à l'angle antérieur du trigone vésical, partent des prolongements fongueux, se dirigeant en arrière et par côté, de manière à figurer un éventail. Plus en arrière, vers le bas-fond de la vessie, et un peu à gauche, se trouvent trois tumeurs oblongues, de volume inégal et d'une mollesse extrême. Du reste, toute la surface de la vessie est ramollie et brunâtre; sa capacité est considérable, et ses parois ont totalement perdu la faculté de se contracter. Le malade était un vieillard, épuisé par la douleur et la misère; depuis longtemps il urinait par regorgement, et l'urine retirée par la sonde était brune et d'une fétidité repoussante.

Art. II. — Des causes des fongus de la vessie.

On a remarqué que les fongus vésicaux sont plus rares chez la femme que chez l'homme. Cependant ceux qui sont implantés au col de la vessie se présentent souvent dans la pratique.

Plusieurs fois, chez la femme, j'ai vu des tumeurs fongueuses implantées à l'orifice interne de l'urèthre, faisant saillie au méat urinaire (1).

Ces productions morbides ont même fixé, dans ces derniers temps, l'attention des micrographes (2).

C'est un fait hors de contestation et bien établi par l'observation journalière. Sous ce rapport, la nature ne s'écarte pas de sa marche habituelle ; car les excroissances fongueuses de la vessie sont la conséquence d'états morbides de l'appareil urinaire qu'on sait être moins fréquents chez la femme que chez l'homme.

La même raison fait aussi que l'on rencontre assez rarement

(1) *Gazette médicale*, 1856.
(2) *Gazette médicale*, 1854.

ces sortes d'excroissances chez les enfants, qui souffrent moins souvent de la vessie que les personnes avancées en âge, ou du moins chez lesquels les désordres qu'on observe dans les organes urinaires n'ont pas généralement le caractère du travail inflammatoire, plus ou moins lent, qui paraît être la principale cause des fongus. Morgagni dit n'avoir jamais rencontré ces derniers dans le jeune âge; Deschamps en cite un exemple chez un calculeux de douze ans ; Baillie indique un enfant dont la vessie était remplie par un polype qui envoyait un prolongement dans l'urèthre; Walter a également rapporté le cas d'une jeune fille qui avait un polype assez développé pour faire saillie à l'orifice externe de ce canal.

Les tumeurs fongueuses sont très communes chez les hommes affectés de la pierre. La présence d'un corps étranger dans la vessie est en effet une des causes les plus fréquentes de leur développement, spécialement au col de cet organe. J'en ai cité divers exemples. On en rencontre également chez les malades affectés d'engorgement de la prostate, et chez ceux qui ont conservé pendant longtemps des irritations ou des phlegmasies chroniques de la vessie; mais ils peuvent exister aussi chez des sujets qui n'ont eu ni pierre ni catarrhe vésical. C'est ce que j'ai constaté plusieurs fois, et la seule particularité que m'ait alors offerte la vessie, chez quelques individus, dont la santé ne laissait rien d'ailleurs à désirer, consistait en une décoloration ou une pâleur extrême de sa surface interne. A la vérité, je n'avais observé les malades que fort peu de temps, et les antécédents de plusieurs m'étaient même absolument inconnus. Ces faits sont donc incomplets, et dans tous les cas insuffisants pour détruire la règle générale, suivant laquelle les productions fongueuses de la membrane interne de la vessie résultent d'une irritation ou d'une phlegmasie prolongée de cet organe.

Nous avons vu, en traitant des états névralgiques du col vésical, que l'opiniâtreté de la maladie tient souvent à la présence d'un ou plusieurs fongus, assez peu développés pour qu'on ne les reconnaisse pas d'abord, mais de l'existence desquels on s'assure plus tard, lorsque le traitement ordinaire des névralgies est insuffisant. Ces cas se sont offerts en grand nombre dans ma pratique; j'ai fait connaître quelques-uns des plus intéressants. Une ques-

tion, toutefois, reste indécise à leur égard : celle de savoir si les excroissances étaient la conséquence de l'état névralgique, ou si elles l'avaient précédé. Bien que la théorie ne répugne pas absolument à admettre cette dernière hypothèse, l'autre est cependant beaucoup plus probable, et l'histoire de l'affection calculeuse fournit une longue série de faits qui viennent l'appuyer. Plus d'une fois, en effet, on a enlevé la pierre en laissant la tumeur fongueuse, qui dès lors est demeurée stationnaire, si même elle n'a diminué de volume, ce qui paraît démontrer qu'elle s'était développée sous l'influence de l'irritation déterminée par le corps étranger. Je me borne à présenter ici ces courtes remarques, au sujet d'une question sur laquelle je reviendrai, et que j'ai d'ailleurs traitée fort au long dans le *Traité de l'affection calculeuse.*

ART. III. — DIAGNOSTIC DES FONGUS DE LA VESSIE.

On ignore, dit Chopart, copié en cela par tous ceux qui ont écrit après lui, à quels signes pourraient être reconnus les fongus de la vessie. Les petites fongosités qu'il n'est pas rare d'observer à l'orifice externe de l'urèthre, chez l'un et l'autre sexe, conduisent bien à soupçonner l'existence de productions du même genre, au col ou dans l'intérieur de la poche urinaire ; mais les accidents que ces végétations déterminent n'offrent rien de spécial. Ce sont tantôt ceux de la barrière uréthro-vésicale, ou des lésions de la prostate, tantôt ceux de la pierre, du catarrhe vésical, de l'hématurie, de la strangurie, etc. Ici, comme dans la plupart des maladies de l'appareil urinaire, les symptômes se rattachent plus ou moins directement à la difficulté d'uriner, au trouble de l'excrétion de l'urine. Mais ils présentent d'innombrables variétés, et sont subordonnés, d'abord au degré de puissance des contractions vésicales, puis à la situation, au volume et à la nature de la tumeur, aux complications qui peuvent exister, au développement de la phlegmasie. En un mot, les inductions tirées des troubles fonctionnels de la vessie, des sensations du malade et de l'inspection du liquide évacué, ne suffisent pas pour faire admettre l'existence des fongus plutôt que celle d'une lésion organique différente, ou de toute autre cause possible des désordres que l'on observe. Ainsi, ce qu'on a dit de la difficulté, de

l'impossibilité même d'établir le diagnostic d'après les symptômes, n'est point exagéré. Les auteurs citent des cas où rien, pendant la vie, n'aurait pu faire soupçonner une tumeur fongueuse, qui néanmoins avait un grand volume. J'en ai vu des exemples remarquables, dans lesquels personne n'avait eu la moindre idée du mal qui existait. Les accidents ayant résisté à tous les moyens mis en usage, les plus habiles praticiens avaient fini par croire à la présence d'une pierre.

Il me paraît utile néanmoins de passer en revue les principaux symptômes, qu'a tort ou à raison, l'on a rattachés à la présence des fongosités vésicales.

§ 1. Symptômes.

Il est, dans l'étude des symptômes, une question qui se présente en premier lieu, et qu'il importe d'autant plus de résoudre préalablement, qu'on est presque certain, en la laissant de côté, de tomber dans l'erreur. Je veux parler de la distinction à établir entre les fongus simples, sans autre état morbide, et ceux qui sont compliqués de maladies différentes. A la vérité, cette distinction présente de grandes difficultés; on ne parvient souvent à la constater qu'à l'aide d'explorations répétées et minutieuses; elle est même impossible dans certains cas. Mais la méthode généralement suivie d'envisager la maladie en bloc, entraîne à des méprises capables de paralyser les tentatives du praticien le plus entreprenant. On ne saurait donc trop encourager les efforts qui tendent à élucider cette grave question.

Si l'on écarte tout ce qui ne se rattache point d'une manière directe à la maladie, on s'aperçoit bientôt qu'à leur début, les excroissances fongueuses n'ont pas de signes propres. Le malade ne ressent rien, ou à peu près rien : les troubles fonctionnels de la vessie, s'il s'en manifeste, ne sont ni constants, ni très marqués, et varient d'ailleurs beaucoup. A une époque plus avancée, se manifestent des symptômes plus prononcés, mais qui, pour la plupart, n'ont rien de spécial. Ainsi, la difficulté d'uriner, l'interruption du jet de l'urine, la douleur au col de la vessie, le catarrhe vésical, les écoulements sanguins ou puriformes, se retrouvent dans le plus grand nombre des maladies du même organe. Quant aux effets des fongus qui ont acquis un grand déve-

loppement, ou qui ont subi certaines dégénérescences, il est également très difficile de les apprécier d'une manière rigoureuse. Presque toujours alors il existe des complications, soit de catarrhe, soit de lésions de la prostate ou des parois vésicales, qui produisent des symptômes analogues; et toutes ces affections s'influencent réciproquement à tel point qu'on ne peut plus s'y reconnaître. Il faut donc de toute nécessité recourir à des moyens de simplifier la question. La méthode d'exclusion ou de défalcation, dont tant de fois déjà j'ai parlé, s'applique ici plus que partout ailleurs. Elle seule, aidée des explorations, peut conduire à la connaissance de la véritable cause des accidents.

On doit d'abord chercher à se rendre compte des effets que peut produire un fongus de la vessie. Il est manifeste que l'excrétion de l'urine sera gênée et plus ou moins empêchée, tant par l'obstacle mécanique dû à la présence de la fongosité, que par l'exaltation de la sensibilité du col vésical. Tel est le cas dont parle Tolet (p. 193), dans lequel des carnosités et des callosités s'appliquaient quelquefois contre l'orifice de la vessie. Il arrivera quelquefois que l'excroissance, étant pédiculée et siégeant près du col, recevra des contractions de l'organe une impulsion qui l'engagera dans l'urèthre, en sorte que le cours de l'urine sera plus ou moins interrompu, ce dont Ludwig a réuni plusieurs exemples. Erhart a vu résulter de cet obstacle une rétention d'urine qui se termina par la mort. Dans un cas cité par Bartholin, deux tubercules squirrheux, qui rendaient la miction très difficile, s'éloignaient dès qu'on introduisait une sonde, et semblaient fuir devant elle, mais se rapprochaient de l'orifice uréthral et le bouchaient dès qu'on retirait l'instrument. J'ai rapporté des cas remarquables dans lesquels le même effet résultait de petits fongus pédiculés, les uns sphéroïdaux, les autres aplatis, qui obstruaient l'ouverture de la vessie. A la vérité, ces cas peuvent être confondus avec plusieurs autres dont j'ai parlé, et dans lesquels il se forme, derrière l'orifice interne de l'urèthre, une barrière ou une espèce de cloison triangulaire qui s'applique contre lui et l'obstrue. Dans deux cas, l'occlusion était si complète qu'on ne distinguait pas le col, à moins d'abaisser la soupape, ce qui permettait de reconnaître qu'il était

assez large pour admettre l'extrémité du petit doigt (1). Chez d'autres sujets, la tumeur fongueuse envoyait des prolongements membraniformes qui s'engageaient dans l'orifice uréthral, sans toutefois l'obstruer. Mais on comprend que la présence de ces expansions devait causer un agacement et des douleurs dont il n'y avait aucun moyen de se rendre raison pendant la vie, et que l'autopsie seule permit d'expliquer.

L'incontinence d'urine pourrait également être le résultat d'un fongus vésical, comme le pensait Sœmmerring, si le liquide filtrait entre la tumeur et le contour du col de l'organe. Dans un cas de ce genre, l'orifice interne de l'urèthre était couvert par une tumeur fongueuse du volume d'une fraise ordinaire. L'urine, qui s'échappait continuellement, avait déterminé une excoriation de la partie interne des cuisses. Mais nous verrons plus loin qu'en général l'incontinence se produit par un tout autre mécanisme.

Ne perdons pas de vue d'ailleurs qu'il s'agit ici d'un effet particulier aux fongus pédiculés. Ceux qui ont une base large n'occasionnent ni la rétention, ni l'incontinence d'urine, à moins qu'ils n'aient acquis un grand volume. Alors la sonde peut éprouver beaucoup de difficultés pour pénétrer dans la vessie, tandis qu'elle y parvient aisément dans l'autre cas ; ou s'il existe des difficultés pour celui-ci, elles diffèrent notablement, la sonde n'étant pas déjetée, mais arrêtée tout à coup, et une légère pression suffisant pour repousser l'obstacle.

Dans les cas de fongus à base large, volumineux, et situés près du col vésical, les difficultés d'uriner sont extrêmement vagues, et par cela même peuvent être rapportées à d'autres causes. Colot ne savait à quoi les attribuer, et chaque jour la pratique nous présente des cas semblables à ceux dont ce chirurgien nous donne les détails curieux. Zacutus dit qu'une fois on crut à l'existence d'un calcul, mais qu'après la mort on trouva une masse de chair si dure qu'on eut de la peine à l'inciser. La méprise a même été poussée quelquefois jusqu'au point de déterminer à pratiquer la cystotomie. Houstet parle d'un nègre de quinze ans qui fut taillé, en 1739, par Middleton. On croyait avoir senti une pierre avec la sonde, mais les tenettes ne la ren-

(1) Voy. *Traité de l'affection calculeuse*, et t. II de cet ouvrage.

contrèrent pas. Le malade mourut après avoir subi inutilement deux procédés de la taille périnéale. A l'autopsie, on trouva, vers la partie postérieure et latérale du fond de la vessie, un kyste osseux, gros comme une châtaigne, qui formait un corps rond et dur, dont le choc était entendu lorsqu'on le frappait avec la sonde. Dalechamp, Portal, Leblanc, etc., ont cité aussi des cas d'opération de la taille, pratiquée dans la vue d'extraire des calculs qui n'existaient pas, et à la place desquels on ne rencontra que des fongus plus ou moins solides ou incrustés.

Dans un cas plus récent, Crosse, malgré l'incertitude des signes fournis par le cathétérisme, crut devoir pratiquer la taille, aux suites de laquelle le malade succomba. A l'autopsie, on trouva, au niveau de l'insertion des uretères, deux masses polypeuses considérables, au-devant desquelles il y avait une série d'autres tumeurs plus petites, groupées au pourtour de l'orifice vésical et jusque dans l'urèthre. Les parois vésicales étaient fort épaisses, il n'y avait pas de pierre. Il paraît difficile, en théorie, de comprendre ces méprises, lorsque surtout les conditions du sujet, la nature et la position de la tumeur semblent devoir permettre d'établir un diagnostic rigoureux ; mais quand on connaît toutes les difficultés de la pratique, on n'éprouve plus la même surprise. Une femme se présente à l'Hôtel-Dieu, en 1828, avec les symptômes de la pierre et un prolapsus de la matrice, porté si loin que l'organe sortait en entier du vagin pendant la station. Dupuytren sonde cette malade, et ne reconnaît rien de particulier dans la vessie. Cependant elle meurt d'une cystite, on découvre alors que la vessie renferme une tumeur pédiculée du volume d'un gros œuf de dinde, et entièrement ossifiée. Si un praticien doué d'un tact si délicat a pu se tromper ainsi, à quelles erreurs ne sont pas exposés ceux qui n'ont pas la même expérience, et en faut-il davantage pour démontrer la nécessité d'explorations minutieuses ? M. Warren a été plus heureux dans un cas analogue. D'anciennes et fréquentes difficultés d'uriner, avec hémorrhagies opiniâtres, lui firent soupçonner l'existence d'un fongus vésical. Le toucher par le vagin et le cathétérisme lui fournirent des données assez précises pour qu'il crût pouvoir déterminer le volume de la tumeur.

Dans un cas rapporté par Warner, les efforts de la malade

faisaient paraître la tumeur au méat urinaire; et cependant on n'en reconnut pas la nature, car un chirurgien y fit une petite incision, dans l'idée qu'elle contenait du liquide.

Suivant Colot, il serait facile, après la cystotomie périnéale, pendant les pansements, de reconnaître les fongus de la vessie. Les faits qu'on a observés depuis prouvent que, même dans ces cas, l'erreur est encore possible.

Les différences que j'ai signalées, eu égard à la forme, au volume, à la consistance, au nombre, à la situation et au mode d'insertion des fongus, rendent raison, jusqu'à un certain point, de la variabilité des symptômes que l'on observe chez les personnes atteintes de ce genre de lésion. Mais il est pourtant quelques circonstances, relatives aux modifications de l'excrétion de l'urine, qui paraissent propres à différencier les tumeurs fongueuses. Les unes dépendent du degré de contractilité morbide que le col vésical peut acquérir sous l'influence de l'altération organique, et les autres se rapportent à la puissance d'expulsion que possède la vessie.

Nous avons vu, en traitant des névralgies et des spasmes du col de la vessie, et nous verrons encore, lorsqu'il s'agira de l'atonie de cet organe, que les troubles dans l'excrétion de l'urine, qu'on attribue trop généralement à des lésions spéciales, sont produits par ces deux ordres de causes, et qu'ils varient à l'infini. En effet, si la vessie possède un grand pouvoir d'expulsion, et que la contractilité du col soit peu active, l'urine pourra être rejetée, même avec une certaine force, malgré la présence d'une tumeur fongueuse formant obstacle; tandis que l'expulsion sera faible et incomplète, toutes choses égales d'ailleurs, si le col est très irritable, fortement contractile, et surtout s'il existe en même temps un certain degré d'atonie du corps de la vessie. Il n'est donc pas surprenant qu'on observe les plus grandes différences à cet égard.

Les troubles de la miction ne sont pas les seules circonstances auxquelles on doive avoir égard. Les hématuries fréquentes et opiniâtres, les écoulements sanguins abondants que détermine l'introduction de la sonde, ne sont pas non plus à dédaigner. De même, les douleurs au col vésical que le malade éprouve, soit par l'effet de la marche, soit en finissant d'uriner, peuvent aussi

contribuer à fortifier les soupçons, bien qu'on les observe dans d'autres affections, notamment la pierre et les maladies de la prostate.

Quant à la sensibilité spéciale des fongus eux-mêmes, l'expérience prouve qu'en général elle est très faible. C'est un point sur lequel la chirurgie moderne a jeté un grand jour. En n'étudiant ces tumeurs, comme on le faisait jadis, qu'à la dernière période de leur existence et au moment où elles commencent à dégénérer, on avait été conduit à les croire plus sensibles et plus vivaces qu'elles ne le sont réellement. Il n'est pas rare, en effet, que la sensibilité de la partie malade soit alors très vive, et qu'elle se propage à toute la surface de la vessie, et même à l'urèthre. J'ai vu des malades très courageux ne pouvoir pas supporter le contact des instruments explorateurs. Plusieurs des calculeux que j'ai lithotritiés dans ces circonstances ont beaucoup souffert : plus d'une fois encore cette sensibilité exaltée a persisté entre les séances, de telle sorte que chaque miction était accompagnée de souffrances vives. Mais ce sont là des cas exceptionnels. Déjà on s'était aperçu, dans quelques opérations de la taille, que les tenettes peuvent heurter, froisser, meurtrir, et même arracher des fongus de la vessie, sans qu'il en résulte de suites graves. Le fait est devenu plus évident encore depuis la découverte de la lithotritie. Un chirurgien, qui n'a jamais craint de soumettre les calculeux aux expérimentations les plus hasardées, nous apprend qu'il lui est arrivé plus d'une fois de « lacérer des végétations de la muqueuse lorsque leur *union intime* avec les calculs lui en faisait une nécessité. » Mais il se trompe en donnant à penser que cette *union intime* peut exposer à déchirer les fongus. Si on la rencontre quelquefois, elle est fort rare; et plus rarement encore la lithotritie est-elle applicable en pareil cas. Ainsi le motif mis en avant pour justifier des manœuvres qui ont fait lacérer des fongosités, n'a pas plus de fondement que ceux auxquels des cystotomistes maladroits ont eu recours pour expliquer quelques malheurs de la taille. On sait aujourd'hui ce que valent ces sortes d'allégations. Il est généralement facile d'éviter de léser les végétations vésicales dans l'application de la lithotritie. Avec de l'habitude et des précautions, on pare à cet accident. Il m'est arrivé quelquefois de saisir un fongus au lieu de la pierre, ou en

même temps qu'elle ; mais, en fermant le lithoclaste ou le trilabe, je distinguais très nettement s'il s'agissait d'un corps inerte ou d'un produit organisé. On a d'ailleurs, pour s'éclairer, les sensations du malade ; car, malgré le peu de sensibilité que les productions fongueuses possèdent en général, il n'est pas moins vrai que, dans le cas de méprise, le chirurgien, avant de serrer assez pour produire une désorganisation, serait averti par une sensation insolite que le malade témoignerait.

Les symptômes rationnels indiqués par les auteurs, et dont je viens d'énumérer les principaux, ne suffisent donc pas pour faire diagnostiquer un fongus vésical, même simple; mais ils sont de nature à éveiller l'attention du praticien, et à le déterminer à recourir aux explorations vésicales, seul moyen d'établir le diagnostic avec certitude.

On peut rencontrer, toutefois, des cas spéciaux qui doivent être notés :

1° J'ai dit que certains fongus du col vésical ou de son voisinage peuvent se montrer soit au méat urinaire, chez la femme, soit dans une plaie du périnée ou de l'hypogastre, après l'opération de la taille.

2° Il n'est pas rare de voir, chez certains malades, à l'orifice extérieur de l'urèthre, des excroissances fongueuses qui fournissent la présomption qu'il en existe de semblables à l'orifice interne du canal. Chez une dame du Havre, qui a réclamé mes soins il y a peu de temps, le fait a été constaté d'une manière remarquable. Cette dame, âgée de vingt-six ans, souffrait beaucoup pour uriner. Ayant employé inutilement tous les moyens du ressort de la médecine, elle vint à Paris. L'existence d'une excroissance fongueuse au méat urinaire m'en fit soupçonner d'autres au col vésical ; elles furent reconnues et détruites. Tous les phénomènes morbides disparurent.

3° Des portions de fongus se détachent quelquefois de la masse, ainsi que Colot l'avait déjà observé, et sortent avec l'urine ou l'injection, ou sont extraites à l'aide d'un instrument. En mars 1849, j'ai été appelé auprès d'une dame de cinquante ans, d'une forte constitution, ayant les apparences de la meilleure santé, mais souffrant pour uriner, et surtout après la miction. La marche et l'usage de la voiture augmentaient les douleurs ; parfois même

elle avait rendu de l'urine sanguinolente. On pouvait croire à l'existence d'un calcul. Au premier cathétérisme, je trouvai le canal urinaire plus roide et plus resserré qu'il n'est généralement chez la femme, sans découvrir de pierre. Une seconde exploration, pratiquée cinq jours après, au moyen d'une grosse sonde, ne me fit pas connaître non plus la cause des accidents ; mais dès que l'algalie fut retirée, la malade rendit une petite masse fongueuse, arrondie, d'une consistance moyenne et parfaitement caractérisée. L'expulsion de cette fongosité, que je n'avais pas reconnue, et qui fut détachée par le frottement de la sonde, mit fin aux douleurs et aux troubles fonctionnels de la vessie, qui n'ont pas reparu depuis deux ans.

En juillet 1850, il s'est présenté à l'hôpital Necker un autre cas de ce genre. Un malade, qu'on soupçonnait calculeux, fut admis dans mon service. La santé générale était si mauvaise, qu'il me parut prudent d'ajourner toute exploration locale. Au bout de quelques jours, l'urine entraîna des portions de fongus dégénéré, dont l'évacuation fit disparaître tous les doutes qu'on pouvait conserver sur la nature de la maladie. J'ai relaté ce fait en traitant des cancers de la vessie.

Il ne faut cependant pas trop se hâter de conclure en pareil cas : quelques malades non affectés de fongus rendent parfois avec l'urine des matières concrètes qui pourraient induire en erreur. En 1853, se présenta dans mon service un homme qui avait rendu depuis longtemps, et qui rendait encore de loin en loin, des masses de fibrine, parfaitement semblables en apparence à des débris de fongus, et qu'on aurait prises pour telles, si l'analyse chimique et l'examen microscopique ne m'avaient fixé sur leur nature. Ce malade avait été traité pendant longtemps pour une inflammation des reins et de la vessie ; des hématuries copieuses et presque périodiques avaient altéré profondément sa constitution. Plusieurs explorations m'apprirent qu'il n'y avait pas de fongus dans la vessie ; je me bornai à faire des injections froides, qui ont dû être continuées à domicile, et dont j'ignore les effets, n'ayant plus eu de communication avec le malade.

4° Il n'est pas rare d'observer, dans les cas de fongus très développés et surtout compliqués, une altération de l'urine, qui

avait déjà été signalée par Covillard et par Colot, et sur laquelle j'ai depuis longtemps rappelé l'attention des praticiens.

Dans la plupart des maladies de la vessie, l'urine dégage souvent une odeur pénétrante et fétide ; mais cette fétidité n'est pas celle dont je veux parler. Celle-ci a quelque chose de particulier : elle est si forte et si repoussante, qu'on peut à peine la supporter. Covillard dit « que la compagnie fut contrainte de se boucher le nez ; » et Collot assure que l'odeur était si fétide « qu'il lui fut impossible de se servir d'une perruque qui en avait été imprégnée. » Lorsque j'observai cette odeur pour la première fois chez le malade Inisan, ma tête, malgré moi, se porta en arrière. Chez le malade Mondoret, l'odeur était moins repoussante ; mais la pierre, de nature phosphatique et très friable, en était tellement pénétrée, qu'elle infecta mon cabinet dans l'espace d'une nuit, et que je fus obligé de la faire sécher dehors.

Cette odeur particulière, que nous retrouvons dans le cancer de la vessie, je l'ai observée dans plusieurs cas de fongus non dégénérés, et de la catégorie de ceux que l'art peut guérir encore.

Ces particularités sont rares. D'ailleurs, on a pu prendre pour des lambeaux de fongus des agglomérations de mucosités concrètes semblables à celles dont j'ai parlé. Des caillots de sang altérés par un séjour de quelque temps dans la vessie, paraissent également avoir induit en erreur. Spon parle d'un malade qui rendit, avec de l'urine sanguinolente, un corps de 30 centimètres de long, qu'on prit d'abord pour un ver, mais qu'ensuite, dit l'auteur, on reconnut pour être un polype du rein. Il ne s'agissait là, très probablement, que d'un de ces caillots sanguins formés dans la vessie ou l'urèthre, et qu'on rencontre de temps à autre. Je serais tenté d'en dire autant d'un prétendu cas de fongus vésical, dont un chirurgien de Paris a entretenu l'Académie de médecine en 1832 ; le malade était un homme de soixante-quatre ans, qui prit des bains froids pour se guérir d'hémorrhoïdes, dont il était fort incommodé. Quelques années après, cet homme fut atteint d'une hématurie que l'exercice, surtout celui de la voiture, renouvelait sans cesse. Chaque fois qu'on le sondait, l'instrument évacuait ou ramenait dans ses yeux des *fragments de fibrine*, que le chirurgien considéra comme les débris d'une tumeur fongueuse, dont, ajoute-t-il, il avait constaté l'existence par le *toucher*, et dont le volume lui

paraissait égaler celui du poing. Ce n'est assurément pas sur des données aussi vagues qu'on se permettrait aujourd'hui d'admettre l'existence d'un fongus vésical.

3° A l'occasion des désordres que la présence des fongus de la vessie peut déterminer dans l'excrétion urinaire, je relaterai un fait qui les résume assez bien, et auquel se rattachent d'importantes considérations.

M. Whood (de Cuba), sexagénaire, éprouva, durant les quinze dernières années de sa vie, des troubles fonctionnels de la vessie, pour lesquels il fit trois fois le voyage d'Europe. En 1836, il réclama mes soins pour la première fois. Je reconnus, au moyen d'explorations qui seront décrites plus loin, une tumeur fongueuse à base large, implantée vers l'orifice vésical de l'uretère droit. Les accidents se réduisaient alors à de fréquents besoins d'uriner, à quelques douleurs pour les satisfaire, et à un léger catarrhe vésical temporaire. Du reste, la santé générale était bonne. Je me bornai à prescrire un traitement palliatif, et surtout à apprendre au malade à se sonder et à faire des injections dans la vessie, afin de prévenir les difficultés prolongées d'uriner et le développement du catarrhe. A l'aide de ces moyens, dont l'usage était conditionnel, M. Whood vécut, non sans gène et sans douleurs, mais assez paisiblement pour n'avoir pas à réclamer l'intervention de l'art.

Plusieurs années après, en 1842, il eut des inquiétudes et revint en Europe; mais les accidents avaient déjà cessé au moment où je le vis. Je me bornai à constater que la lésion vésicale n'avait pas fait de notables progrès, et les mêmes moyens furent continués. En 1848, de nouveaux accidents se déclarèrent : rétentions d'urine, hématuries, accumulation et séjour de caillots sanguins dans la vessie, cystite, fièvre, trouble de toutes les fonctions, amaigrissement rapide, etc. On employa les moyens usités, qui ne procurèrent que des soulagements passagers : le malade revint en France. A la première visite, il me fut facile de constater que le mal s'était considérablement aggravé. La tumeur vésicale avait acquis un si grand volume qu'une exploration complète fut impossible. Le lithoclaste, et même la sonde, ne parvenaient dans la vessie qu'avec une extrême difficulté. L'urine était purulente et souvent très fétide. Les injections, auxquelles le malade avait été

forcé de renoncer depuis plusieurs mois, ne purent être reprises, à raison des douleurs déterminées par l'introduction de la sonde. On ne pouvait plus espérer arrêter la maladie ; il fallut se borner à atténuer les souffrances atroces dont chaque émission d'urine était accompagnée. Or, comme les besoins étaient très rapprochés, l'existence de ce malheureux malade était une torture presque continuelle. Chaque fois, l'urine paraissait difficilement, et à peine s'en était-il écoulé quelques gouttes, en tombant entre les jambes, que commençaient des efforts prolongés et des plus pénibles, pendant lesquels sortaient, à différentes reprises, de petites quantités d'un liquide purulent, qui produisaient des douleurs intolérables. Dans l'espoir d'atténuer ou d'abréger ces douleurs, le malade se comprimait le gland, le secouait, l'agitait en tous sens, et cette manœuvre se répétait trois ou quatre fois par heure.

Malgré les soins assidus autant qu'éclairés de M. le docteur Ashmead et de mon collègue M. Rayer, le mal ne fit qu'empirer. En décembre 1849, la poitrine se prit ; au bout de quelques jours on découvrit dans cette cavité une collection de liquide dont l'état alarmant du malade ne permit pas de tenter l'évacuation. Pendant l'exacerbation des symptômes généraux, l'urine cessa de contenir des dépôts, et jusqu'à la mort elle resta pour ainsi dire à l'état normal, particularité d'autant plus digne de remarque, que le rein droit paraissait être le siége d'un travail morbide considérable. A l'autopsie, on constata l'exactitude du diagnostic que nous avions porté : collection purulente dans la cavité thoracique, désorganisation du rein droit, tumeurs fongueuses à la vessie. Relativement à ces dernières, toutefois, des particularités importantes sont à noter. La prostate, qu'on s'attendait à trouver tuméfiée, ne présentait qu'un très petit volume, et ne différait pas notablement de ce qu'elle est à l'état normal. L'obstacle qu'on rencontrait au col, vers le trigone vésical, était entièrement produit par trois fongus accolés les uns aux autres, de manière à présenter une masse allongée du volume d'un gros œuf, implantée, par une base large, à l'angle postérieur droit du trigone, et formant dans la vessie une tumeur qui venait s'appliquer contre l'orifice vésical de l'urèthre. Ces fongus, fort durs à leur base, étaient ramollis vers leur extrémité libre, où l'on remar-

quait un commencement de dégénérescence carcinomateuse.

La phlegmasie de la face interne de la vessie était moins avancée qu'on ne l'avait supposé. Il nous fut facile de constater, d'après les pièces que nous avions sous les yeux, que le pus contenu dans l'urine venait du rein malade.

J'avais été frappé, pendant la vie, de la quantité d'urine que le malade rendait par gouttes, après que le jet avait cessé. On serait porté à penser, disais-je à M le docteur Ashmead, qu'il y a plusieurs tumeurs dans la vessie, et que ce viscère, en se contractant avec force, les rapproche et les comprime, de manière à chasser la petite quantité d'urine qui séjourne entre elles. L'autopsie a mis en toute évidence l'exactitude de cette observation. Le gland était dur et deux fois plus volumineux que dans l'état normal; il ressemblait à un battant de cloche. Cet état, qui était déjà ancien, m'avait fait soupçonner une lésion profonde de la prostate, car il se produit assez communément dans ces cas; mais il peut aussi mettre sur la voie pour diagnostiquer l'existence des fongus.

On comprend que lorsque le fongus existe en même temps que d'autres maladies de la vessie, de la prostate, et même des reins et des uretères, les signes rationnels de sa présence perdent de leur valeur, par cette raison qu'ils ne diffèrent pas de ceux de la plupart de ces affections.

La plus commune de ces complications est celle de la pierre; et alors les mêmes symptômes peuvent se rattacher à l'une ou à l'autre des deux maladies considérées isolément, tout aussi bien qu'à leur réunion chez le même individu. Aussi a-t-on plus d'une fois pris des fongus pour des calculs vésicaux. La plupart des auteurs rapportent de ces cas compliqués, dans lesquels les plus graves erreurs ont été commises par des hommes expérimentés. Il s'en est présenté beaucoup dans ma pratique; mais je ne citerai ici que les deux suivants, qui ont été vus presque en même temps dans le service des calculeux, et qui se rapportent, l'un à un fongus, l'autre à une tumeur prostatique.

Un malade, âgé de soixante et onze ans, qui avait beaucoup souffert du côté des voies urinaires, et employé sans succès les divers moyens en usage contre les affections de ce genre, se fit admettre à l'hôpital Necker en 1839, pour y subir la litho-

tritie. Je reconnus la pierre ; je m'assurai aussi qu'au col de la vessie existait une tumeur, qui me parut résulter d'un engorgement prostatique. Cette complication m'empêcha de juger exactement du volume de la pierre, et, dans la crainte de trop fatiguer le malade, je renvoyai à un autre jour les recherches nécessaires pour achever de m'éclairer. Des accidents cérébraux survinrent bientôt, et la mort eut lieu d'une manière subite. Entre autres lésions, on découvrit, à l'angle antérieur du trigone vésical, une tumeur de forme pyramidale, triangulaire et à base large ; deux de ses angles correspondaient aux lobes latéraux de la prostate, et le troisième, beaucoup plus long et plus saillant, se dirigeait en arrière, où il constituait une sorte de crête. Cette tumeur, qu'on eût pu considérer comme un fongus, n'était réellement qu'un gonflement partiel et irrégulier du corps de la prostate, et elle avait suffi pour jeter beaucoup d'incertitude sur le diagnostic. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que, malgré la tumeur du col vésical, la présence d'une pierre dont le volume égalait celui d'un marron, et les souffrances atroces ressenties depuis longtemps du côté de la vessie, celle-ci ne présentait pas la moindre trace de phlegmasie. Sa surface interne était même moins colorée qu'elle n'a coutume de l'être dans l'état normal.

L'autre cas n'était pas moins grave. Un ancien marin, âgé de soixante et dix-huit ans, et d'une constitution affaiblie, se plaignait depuis nombre d'années de difficultés d'uriner, de douleurs à la région périnéale, d'hématuries, etc. Au Havre, où il avait été sondé, on soupçonna l'existence d'un calcul, et le malade me fut adressé. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, son état offrait tant de gravité qu'on ne pouvait songer à aucune opération. L'urèthre et le col vésical étaient tellement sensibles que je ne crus même pas devoir explorer la vessie. Tous les moyens propres à calmer l'irritation et les douleurs furent inutiles ; la mort arriva au bout de quelques jours. L'autopsie permit de constater les désordres suivants : Il y avait atrophie de l'un des reins et hypertrophie de l'autre, mais sans changement de texture et sans altération organique dans aucun d'eux. Les uretères n'offraient aucune lésion. La vessie avait sa capacité ordinaire ; ses parois étaient un peu plus épaisses que de coutume, et ses

tuniques décolorées. Elle contenait un peu d'urine, quelques mucosités et deux petits calculs. Sur le bas-fond, un peu à droite, proéminait une masse fongueuse, à base large. La partie saillante de ce fongus était molle, réduite en une espèce de bouillie, et recouverte de mucosités, au milieu desquelles on apercevait plusieurs grains sablonneux, de couleur jaune, assez consistants et entremêlés de granulations grises qui s'écrasaient sous le doigt. La prostate avait presque doublé de volume ; son corps s'avançait dans la vessie, où ses lobes latéraux faisaient saillie, ainsi que dans l'urèthre. La crête uréthrale était fort développée ; elle envoyait vers la partie antérieure du canal un prolongement qui s'étendait jusqu'au-devant de la courbure sous-pubienne. Derrière elle, l'urèthre était large, et présentait une dépression considérable. La tuméfaction du corps de la prostate offrait le rebord élevé, étendu d'un lobe latéral à l'autre, que j'ai décrit dans le volume précédent, et qui apporte souvent des difficultés à l'introduction des instruments. A la partie supérieure du col vésical, la membrane muqueuse était plus lâche et plus vasculeuse que je ne l'avais encore vue ; elle formait une sorte de repli transversal flottant et assez saillant vers la vessie.

Ce cas, dans lequel plusieurs complications défavorables se réunissaient, fournit la preuve de ce que j'ai dit ailleurs, à savoir, que très souvent la sensibilité excessive de l'urèthre indique l'existence d'une lésion organique du col ou du corps de la vessie. La prostate était fortement engorgée, et il y avait au col de la vessie deux replis transversaux, l'un inférieur, qui n'est pas rare, l'autre supérieur, que je n'avais point encore rencontré. La pierre et un fongus existaient simultanément. Si la santé générale avait permis au malade de vivre encore quelque temps ; et si l'état de l'urèthre et du col vésical ne s'était pas opposé à ce qu'on procédât à des explorations convenables, on aurait pu reconnaître le fongus, malgré la pierre, parce que celle-ci était petite, que la vessie avait beaucoup de capacité, et que la tumeur se dessinait en relief. Dans le cas inverse, le diagnostic aurait probablement été impossible. Nous verrons, en effet, que les explorations n'éclairent qu'autant qu'on peut manœuvrer librement dans la vessie. Or, il arrive fréquemment, en pareille circonstance, que cet organe a beaucoup perdu de sa capacité, qui se

trouve encore diminuée par le volume de la tumeur et par le calcul, à tel point que l'exploration rencontre des difficultés très grandes sinon même insurmontables.

A l'occasion de divers états névralgiques opiniâtres du col vésical, j'ai fait connaître certains cas dans lesquels on est parvenu à découvrir, à l'orifice interne de l'urèthre et du côté de la vessie, tantôt une sorte de boursouflement de la membrane muqueuse, qui n'est même pas rare, tantôt un repli membraneux transversal, dont le bord libre présente une suite de petites excroissances polypeuses ou fongueuses. L'existence de ces productions demeure presque toujours méconnue aussi longtemps qu'elles sont petites. Mais l'opiniâtreté des phénomènes névralgiques du col et des troubles fonctionnels de la vessie, coïncidant avec l'absence complète de toute autre lésion organique appréciable, doit les faire soupçonner, et des explorations spéciales conduisent ensuite à les reconnaître. Toutefois, ce n'est pas sans quelques difficultés qu'on parvient à établir le diagnostic : car il s'agit de deux maladies déjà difficiles à apprécier quand elles sont séparées, et dont, lorsqu'elles existent ensemble, les caractères s'influencent réciproquement. Ces cas sont donc, en général, fort obscurs.

L'existence simultanée des maladies de la prostate et des fongus de la vessie embarrasse aussi beaucoup le praticien. Cependant il s'agit alors de lésions plus matérielles, de sorte qu'avec de l'habitude on réussit quelquefois à les distinguer, en suivant la marche que j'ai tracée dans le volume précédent, à l'occasion des tumeurs prostatiques.

L'hématurie et le catarrhe compliquent souvent les fongus vésicaux; mais ces deux affections, pouvant être la conséquence de la plupart des maladies de la vessie et de la prostate, n'ont rien de spécial relativement à l'existence des productions morbides qui nous occupent.

§ 2. Exploration directe.

Je passe maintenant aux explorations, sans le secours desquelles les symptômes dont j'ai parlé jusqu'ici ne conduisent qu'à des approximations vagues, à de simples soupçons. Il est bien entendu

que je veux parler d'explorations autres que celles qu'on se borne trop généralement à pratiquer, et qui laissent le praticien dans l'incertitude, à ce point qu'il ne lui est pas toujours possible de distinguer sûrement un fongus d'une pierre, comme cela a eu lieu encore tout récemment dans un cas cité par Key (1). On avait cru reconnaître un calcul ; on se disposait à pratiquer la lithotritie ; on avait même pris jour pour l'opération, lorsque le malade mourut subitement. Au lieu d'une pierre, on trouva, à l'autopsie cadavérique, une tumeur fongueuse d'un volume considérable.

Les explorations que je conseille et que j'emploie sont faites au moyen de l'appareil instrumental de la lithotritie, et ne diffèrent pas notablement des manœuvres par lesquelles on procède à la recherche des petits calculs ou des fragments de pierre. Souvent, chez les calculeux, les mêmes recherches conduisent à la découverte de l'une et de l'autre maladie. J'ai déjà fait remarquer que, dans beaucoup de cas, je n'avais distingué les excroissances fongueuses de la vessie qu'après avoir brisé la pierre et en recherchant ses derniers fragments. Dans ces cas, le chirurgien parvient à fixer son opinion, eu égard au fongus, sans recourir à des explorations spéciales. Ce n'est pas qu'elles aient les inconvénients et les dangers qu'on leur a systématiquement attribués ; mais on épargne des douleurs au malade. Il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs que lorsque la vessie n'est pas accoutumée au contact des instruments explorateurs, les premières manœuvres peuvent occasionner une hématurie plus ou moins abondante, des difficultés d'uriner, et même la rétention temporaire d'urine, produite assez souvent par la présence de caillots sanguins dans la vessie. C'est en vue de ces accidents, et aussi de quelques accès de fièvre, que le chirurgien doit procéder aux recherches avec une grande réserve, et avec des ménagements qu'on est trop facilement porté à négliger.

Dans l'état normal, la surface interne de la vessie est partout lisse et unie. Lorsque les parois de cet organe ont été écartées par une injection, l'instrument explorateur qu'on promène sur elles ne rencontre d'autres inégalités que celles qui résultent

(1) *Guy's hospital reports*, 1837.

des orifices des uretères, et qui ne sont pas toujours appréciables. C'est sur cette donnée importante que repose tout le système des explorations ayant pour objet la recherche des fongosités vésicales. Cependant, je dois faire observer qu'à la suite de plusieurs états morbides, et même dans les cas simples d'hypertrophie, on rencontre, comme le disait Duverney, des rides ou des saillies dont il faut tenir compte, de peur de les confondre avec des excroissances. Ces inégalités ou bosselures sont même très fréquentes, surtout dans les vessies à colonnes, et présentent une foule de variétés qu'il serait trop long d'énumérer ici. La disposition du trigone mérite aussi d'être notée. Nos prédécesseurs, notamment Ledran, avaient déjà remarqué que, chez beaucoup de personnes qui ont longtemps souffert, cette partie présente une espèce de *tension ou de crispation des fibres aponévrotiques*, qui vont de l'orifice d'un uretère à celui du côté opposé, et d'où résulte une sorte de ligament transverse. J'ai fait connaître le rôle important que ce repli joue chez les calculeux ; il peut aussi devenir une cause d'erreur dans les cas où il n'existe pas de pierre. Il faut se rappeler aussi que la forme de la vessie est susceptible de changer, soit par suite d'états morbides dont elle est elle-même le siége, soit par le fait de circonstances étrangères et accidentelles. J'ai indiqué les particularités remarquables qu'on observe à cet égard dans l'enfance, chez la femme, et chez l'homme adulte (1). Qu'un des diamètres de l'organe soit augmenté ou diminué ; que sa face postérieure soit portée en avant par des matières contenues dans le rectum, ou par une tumeur accidentelle ; que la vessie se prolonge en cône au voisinage de l'ombilic, ou vers une des régions iliaques ou crurales ; que son sommet présente un évasement, de manière à faire supposer qu'elle est bilobée, ou qu'il soit déprimé extraordinairement ; enfin que la vessie soit entraînée avec les organes voisins par des déplacements herniaires : dans toutes ces variétés d'anomalies qui ont été observées, et sur lesquelles j'ai insisté dans le chapitre précédent, on comprend que la forme du réservoir de l'urine devra présenter de nombreuses différences. Je ne les rappelle que parce que le praticien doit les avoir présentes à l'esprit, et s'attacher, lorsqu'il

(1) *Traité de l'affection calculeuse*, p. 250 et suivantes.

a quelques raisons de les supposer, à les distinguer des dispositions plus spéciales résultant de la présence des tumeurs fongueuses.

Répétons encore, au sujet des explorations ordinaires, au moyen de la sonde, que les praticiens n'ont jamais acquis, avec leur secours, une somme suffisante de données pour être en état d'assigner avec précision les caractères de la production morbide, et pour calculer sûrement la conduite à tenir. Si parfois on est tombé juste, c'est qu'on avait été servi par un hasard heureux. Chez les malades Faure, Henn, Henault, Potard, etc., dont j'ai relaté les observations en 1838 (2), et qui étaient attaqués en même temps de la pierre et de fongus à la vessie, je n'ai pas reconnu ces derniers avec la sonde, malgré l'examen le plus minutieux.

Depuis cette époque, j'ai eu de fréquentes occasions de me convaincre de l'inanité des explorations anciennes, et de la nécessité de recourir à d'autres moyens.

Ce que j'ai dit, tome II de ce Traité, à l'occasion de la prostate, s'applique également à beaucoup de tumeurs fongueuses et autres qui occupent le col de la vessie. Il ne faut jamais oublier que, dans ces cas, le col vésical peut être fortement refoulé en arrière, et qu'il est presque toujours dévié, soit à droite ou à gauche, soit le plus souvent en haut. On doit aussi se représenter les divers degrés dont la maladie est susceptible; car ils exigent des modifications dans l'emploi des instruments, et il y a, pour chacun d'eux, une série de résultats que l'exploration peut produire. Examinons successivement les différents cas qui peuvent se présenter.

A. *Fongus au col de la vessie.*

Premier degré. — Lorsqu'on est appelé près d'un malade atteint de rétention d'urine, la première indication à remplir, souvent même avant de préciser la nature de l'obstacle, est de chercher à le faire uriner. L'instrument et le procédé de cathétérisme le plus généralement usités sont ceux auxquels on a immé-

2 *Deuxième lettre sur la lithotritie.* Paris, 1838.

diatement recours. Entre autres cas, le suivant peut alors se produire. La sonde, en arrivant dans la vessie, rencontre tantôt une simple contraction du col, tantôt un corps mobile engagé dans l'orifice de l'urèthre, ou plutôt accolé à cet orifice, et qui semble fuir devant elle, tant elle le déplace avec facilité. Le praticien le plus exercé ne saurait dire immédiatement s'il s'agit d'un fongus pédiculé, d'un caillot de sang, d'un amas de mucosités épaissies, d'un resserrement spasmodique, d'une barrière commençante produisant une légère déviation du col vésical. Presque jamais cette première opération n'éclaire réellement le diagnostic. Quoi qu'il en soit, la sonde arrive dans la vessie, le malade urine, il est soulagé à l'instant, et désormais il peut ne plus se ressentir des accidents qu'il a éprouvés, de sorte qu'on reste dans le doute sur la cause de l'accident auquel on a remédié.

Ces cas sont les plus simples. Si l'on s'en tient là, ils sont aussi ceux à l'égard desquels le jugement est nécessairement le moins arrêté. Les petits fongus de la vessie, sans catarrhe, sans engorgement prostatique, accompagnés seulement d'un état névralgique du col vésical, ne produisent que de loin en loin des troubles dans l'excrétion de l'urine. Ne pouvant les reconnaître avec la sonde, le seul moyen de constater leur présence, surtout lorsqu'ils sont pédiculés, est de recourir à l'appareil instrumental de la lithotritie. Le trilabe, monté comme je le dirai en parlant du traitement, fournit à cet égard les notions les plus exactes. C'est à lui qu'il faut recourir toutes les fois qu'on a quelque raison de soupçonner un fongus. Il importe d'autant plus de se hâter que le début de la maladie est la seule époque à laquelle on puisse espérer un résultat satisfaisant des moyens curatifs. Je ne saurais trop insister sur ce point.

Dès qu'on aura fait cesser la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine, surtout si la sonde ne rencontre aucun obstacle mécanique, soit dans l'urèthre, soit au col vésical, et si la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, on doit supposer qu'il existe une lésion organique. Il est donc d'absolue nécessité d'explorer alors avec un soin particulier. Après avoir fait une injection, on ouvrira le trilabe dans la vessie, et on le ramènera à soi, comme pour le retirer tout ouvert ; les branches viendront, par ce mouvement, s'appliquer contre l'orifice interne de l'urèthre, qui se

trouvera tendu par leur élasticité. Imprimant, dans cette position, de très légers mouvements de rotation au trilabe, s'il existe, au col vésical, ou dans le voisinage, une production morbide, fongueuse ou autre, elle se placera dans l'intervalle des branches, fera saillie dans l'instrument, et le stylet la fera reconnaître.

Dans un grand nombre de cas de maladies indéterminées, j'ai réussi de la sorte à découvrir au col de la vessie de petites tumeurs fongueuses qui étaient la véritable cause des désordres. S'il existe en même temps un calcul vésical, il est généralement facile de constater l'une et l'autre maladie, en procédant comme je l'ai indiqué dans le *Traité de la lithotritie.*

Deuxième degré. — Dans d'autres cas plus communs que les précédents, la sonde se trouve arrêtée au moment où l'on croit qu'elle va pénétrer dans la vessie. Le praticien, qui ne possède encore que des renseignements très vagues sur la difficulté qui se présente, peut faire trois suppositions différentes : 1° l'urèthre est dévié latéralement par la tuméfaction d'un des lobes de la prostate, ou en haut par l'engorgement du corps de cette glande, ou bien encore il existe une de ces brides transversales qu'on rencontre quelquefois derrière le vérumontanum; 2° indépendamment de ces déviations, l'orifice interne de l'urèthre peut être fortement rétréci, et ses parois indurées au point que la sonde ne puisse le franchir, comme Chopart en cite un exemple, ce qui d'ailleurs n'est pas rare ; 3° enfin, le col vésical est obstrué par une tumeur qui ne permet pas d'aller plus loin. Que cette tumeur soit exclusivement fongueuse, ou que la fongosité soit implantée sur une saillie préexistante, le résultat est le même. Je ne parle pas de quelques autres circonstances indiquées ailleurs, qui peuvent aussi apporter des difficultés à l'introduction de la sonde, mais à l'égard desquelles un chirurgien exercé ne saurait se méprendre. Quant à celles que je viens d'énoncer, ce n'est qu'avec une peine extrême qu'on parvient à les isoler les unes des autres.

Quoi qu'il en soit, par le fait seul de la difficulté ou de l'impossibilité d'introduire la sonde dans la vessie, l'urèthre étant libre jusqu'à la région prostatique, le praticien se trouve conduit à admettre qu'il existe un obstacle au col vésical. La rareté des rétrécissements en cet endroit doit le porter à penser que l'arrêt de l'instrument dépend d'une barrière ou d'une tumeur. Mais

quelles sont, même dans cette hypothèse, la nature et les dispositions de l'obstacle? Voilà le problème à résoudre. Pour en faire bien comprendre l'importance et les difficultés, j'exposerai ici les circonstances principales d'un fait que je crois intéressant.

Un homme, âgé de cinquante-huit ans, éprouva pendant plusieurs années, dans les fonctions de la vessie, un dérangement considérable contre lequel divers moyens furent employés sans succès. On crut à l'existence d'une pierre, et le malade vint à l'hôpital Necker. Les phénomènes morbides avaient augmenté depuis trois mois, notamment les besoins d'uriner, qui étaient fort rapprochés, ainsi que les difficultés et les douleurs pour les satisfaire. De temps à autre, l'urine s'écoulait involontairement et sans interruption. Au méat urinaire existait une bride qui fut divisée. Dès ce moment, la sonde, dont l'introduction avait été jusqu'alors difficile et douloureuse, parce qu'elle se trouvait serrée, pénétra sans difficulté; mais elle n'était pas encore parvenue dans la vessie que l'urine commençait à sortir. Ce liquide était bourbeux, fétide et sanguinolent. L'instrument fut arrêté à l'orifice interne de l'urèthre, et n'arriva dans la vessie qu'après qu'on eut relevé fortement son extrémité oculaire. Il existait derrière la crête uréthrale une tumeur, peu dure, dont la nature restait indéterminée.

Je m'occupai d'abord de combattre les troubles fonctionnels de la vessie. J'avais un double but à atteindre : 1° accoutumer les organes au contact des instruments qui devaient servir à l'exploration ; 2° rechercher ce qui pouvait exister au col vésical, et, en y supposant une tumeur, déterminer autant que possible son influence sur la production des phénomènes morbides.

Pendant quelques jours, je fis des injections dans la vessie : l'urine devint plus claire et son expulsion plus facile. L'incontinence, qui avait lieu par intervalles depuis plusieurs mois, ne tarda pas à cesser. Des irrigations furent pratiquées ensuite; mais elles ne produisirent point l'effet que j'espérais : il survint même une légère réaction, avec maux de tête et mouvement fébrile, qui durèrent deux jours, pendant lesquels les douleurs en urinant et les dépôts de l'urine reparurent. Lorsque cette exacerbation eut cessé, on reprit les injections et les irrigations

oides, qu'il fallut abandonner de nouveau, par suite d'une toux iniâtre et d'un dérangement prononcé dans les fonctions digesres. Durant un mois, le traitement local fut suspendu, et l'on contenta d'aider à l'excrétion de l'urine, tantôt en introduint la sonde matin et soir, tantôt en la laissant à demeure. ndant ce temps aussi se manifesta un léger catarrhe pulmoire qui fatigua le malade et le fit maigrir. A la fin, ce catarrhe sa ; mais celui de la vessie reparut et persista avec opiniâté. On employa sans succès les vésicatoires, les purgatifs, les ections, les lavements, les boissons abondantes. A certains ervalles se montrait un peu d'amélioration ; mais elle ne se stenait pas. Je m'étais assuré qu'il n'y avait pas de pierre. Les plorations par le rectum au moyen du doigt, et par l'urèthre ec la sonde à petite courbure, m'avaient donné la certitude e l'obstacle était dû, non à une barrière, mais à une tumeur que it me portait à considérer comme fongueuse et à large base, l'égard de laquelle cependant je n'avais pas une opinion finitivement arrêtée, l'état général du sujet et les accidents qui ient survenus ne m'ayant pas encore permis de recourir aux plorations spéciales indispensables dans ces sortes de cas. Le alade me témoigna le désir d'aller passer quelque temps chez i, parce qu'il était fatigué du séjour à l'hôpital. Je ne l'ai pas revu. Dans les fréquentes introductions de sondes pratiquées pour injections, je crus avoir acquis la certitude que la tumeur, médiocre volume et très molle, était située en arrière et à peu distance de l'orifice interne de l'urèthre. La sonde, en effet, s'arrêtait qu'au moment où on aurait pu la croire déjà dans vessie, et l'urine commençait toujours à couler avant que bstacle fût entièrement franchi, comme cela a lieu dans quelles cas de barrière. C'était une circonstance importante à noter. sortie de l'urine avant que la sonde ait franchi le col vésical t un phénomène assez commun dans plusieurs maladies de la ostate ; l'urine alors coule aussitôt que l'instrument est arrivé ns la partie membraneuse ou prostatique de l'urèthre. J'ai malé plusieurs cas de ce genre. Ici, au contraire, l'urine ne mmençait à couler qu'au moment où la sonde, après avoir passé ces régions, rencontrait la tumeur, à l'orifice de la vessie, la refoulait en arrière.

L'aggravation des symptômes, peu avant l'admission à l'hôpital, prouve que la maladie s'était exaspérée, soit que la tumeur fût devenue le siége d'une phlegmasie accidentelle, soit que l'obstacle qu'elle apportait au cours de l'urine eût déterminé une inflammation de la membrane interne de la vessie. Ces cas sont fréquents.

Quant à la difficulté d'introduire la sonde au delà du col vésical, et à la douleur que le malade en ressentit, ce sont des particularités qu'on rencontre dans la plupart des cas, la première surtout. La seconde a lieu principalement lorsque la membrane qui tapisse la tumeur s'enflamme, ou qu'au moins sa sensibilité s'exaspère. Du reste, rien d'extraordinaire dans les autres particularités de la maladie, non plus que dans les recrudescences amenées par le traitement. Les injections, et plus encore les irrigations, sont fréquemment suivies de pareilles réactions, notamment lorsqu'on veut aller trop vite, et que le malade est très irritable. Si en dehors de l'appareil urinaire quelque autre système organique se montre particulièrement impressionnable, c'est sur lui que la réaction s'opère, en même temps qu'il résulte toujours de cette réaction, comme dans le cas dont je viens de parler, une augmentation secondaire du catarrhe vésical.

Mais revenons aux règles à suivre, afin de rendre les explorations aussi utiles que possible pour le diagnostic des fongus du second degré.

Je suppose que la sonde soit parvenue dans la vessie : comment distinguer un de ces fongus de toute autre tumeur? Il est nécessaire d'établir ici quelques divisions. D'abord, j'admets que l'excroissance n'est pas très volumineuse, et que la prostate est saine, ce dont on peut se convaincre par les moyens indiqués ailleurs. Le malade urine avec peine ; il y a des indices de catarrhe et des douleurs plus ou moins analogues à celles que produisent les calculs ou les névralgies avancées. Il s'agit de connaître la cause des désordres. Lorsqu'à l'aide d'une sonde à petite courbure on est arrivé jusqu'à la partie prostatique de l'urèthre, et qu'au moment où l'on croit que l'instrument va pénétrer dans la vessie, il se trouve arrêté, on précise la position de l'obstacle. S'il est en bas, il suffit d'élever l'extrémité oculaire de la sonde, en abaissant le pavillon, pour arriver dans la vessie.

L'obstacle est-il brusque et peu étendu d'avant en arrière? on peut croire qu'il s'agit de la bride transversale dont j'ai parlé (1), et je ne redirai pas comment il faut s'y prendre pour la reconnaître. Rappelons seulement que si l'obstacle est profond, s'il est étendu en arrière, si la sonde glisse longtemps sur sa surface, et si ce n'est qu'après l'avoir fait pénétrer de plusieurs millimètres qu'on voit paraître l'urine, non pas par gouttes et en petite quantité, ce qui arrive quelquefois, mais à pleine sonde; tout cela indique déjà que cet obstacle a une certaine étendue vers l'intérieur de la vessie, et qu'il ne peut être constitué que par une production s'élevant de l'angle antérieur ou de la surface du trigone. En cheminant, l'algalie à petite courbure, dont le bec est fortement relevé, affaisse cette production et la comprime, en même temps qu'elle la refoule en arrière. Une fois qu'on est parvenu dans la vessie, et avant que l'urine soit écoulée, il faut porter l'instrument à droite et à gauche, le retirer jusqu'à ce que les yeux soient ramenés sur la tumeur, ce dont on est averti par la diminution de l'écoulement du liquide, et exécuter un mouvement de rotation par lequel la concavité de la courbure se trouve portée en bas. Dans ces rotations répétées près du col vésical, on sent et l'on peut quelquefois circonscrire, au moyen de l'extrémité oculaire de la sonde, la saillie que fait la tumeur à la partie moyenne du trigone. Par cette manœuvre, habilement exécutée, on distingue même jusqu'à un certain point le volume de l'excroissance, d'après la saillie qu'elle fait dans la vessie. Si elle est pédiculée, et surtout si le pédicule est mince, la tumeur peut fuir devant la sonde, être déjetée à droite ou à gauche, sans que le chirurgien éprouve de ce déplacement une sensation distincte. Mais si elle est moins mobile, si le pédicule est moins long, on parvient quelquefois à placer la sonde successivement à droite et à gauche de cette espèce de support, et à distinguer la fongosité de la tuméfaction partielle de la prostate. J'y ai réussi dans plusieurs cas récents, à l'aide des manœuvres indiquées.

Lorsque la tumeur est plus volumineuse et à base large, il y a impossibilité de porter la sonde d'un côté à l'autre, bien qu'on

(1) Voyez le tome II.

L'aggravation des symptômes, peu avai
pital, prouve que la maladie s'était exas
meur fût devenue le siége d'une phlegmas
l'obstacle qu'elle apportait au cours de l'
inflammation de la membrane interne de
fréquents.

Quant à la difficulté d'introduire la son
cal, et à la douleur que le malade en res
cularités qu'on rencontre dans la plupa
surtout. La seconde a lieu principalemen
qui tapisse la tumeur s'enflamme, ou qu'
s'exaspère. Du reste, rien d'extraordinai
ticularités de la maladie, non plus que
amenées par le traitement. Les injecti
irrigations, sont fréquemment suivies de
tamment lorsqu'on veut aller trop vite, e
irritable. Si en dehors de l'appareil
système organique se montre particuliè
c'est sur lui que la réaction s'opère, en
sulte toujours de cette réaction, comme
de parler, une augmentation secondair

Mais revenons aux règles à suivre, afin
tions aussi utiles que possible pour le d
second degré.

Je suppose que la sonde soit parvenu
ment distinguer un de ces fongus de to
nécessaire d'établir ici quelques divisi
que l'excroissance n'est pas très volumi
est saine, ce dont on peut se convaincre
ailleurs. Le malade urine avec peine; i
tarrhe et des douleurs plus ou moins
produisent les calculs ou les névralgie
connaître la cause des désordres. Lorsq
petite courbure on est arrivé jusqu'à
l'urèthre, et qu'au moment où l'on croit
nétrer dans la vessie, il se trouve arrêté,
l'obstacle. S'il est en bas, il suffit d'éle
de la sonde, en abaissant le pavillon, po

[illegible], et je ne saurais trop recommander d'y avoir recours, [illegible] elles d'autre avantage que de fournir des données né- [illegible] et de faire connaître qu'il n'existe ni lésion de la pros- [illegible] ni barrière uréthro-vésicale, que l'on confond souvent avec les tumeurs fongueuses. Quant aux notions directes qu'elles peuvent procurer, la principale consiste à démontrer, avec plus de certitude qu'aucun autre moyen, que le canal est libre jusqu'à son orifice interne, et que l'obstacle est situé plus en arrière que dans les cas de barrière ou d'hypertrophie de la prostate.

Une attention qu'il importe, alors, de ne jamais perdre de vue, est de pousser la bougie d'une manière graduée, et, lorsqu'elle a pénétré aussi avant que le permet sa longueur, de la laisser en place pendant quelques minutes, sans que le malade change de position, puis de la retirer doucement, en ayant soin qu'elle ne roule pas entre les doigts. Si, en examinant son extrémité, on la trouve refoulée ou seulement recourbée, le sens et l'étendue de cette incurvation font juger de la position du fongus, de la direction de la déviation qu'il a imprimée au col vésical, et aussi, jusqu'à un certain point, de son élévation. Si la tumeur est peu considérable, la déformation de la bougie n'est pas toujours appréciable. Si, au contraire, elle est très volumineuse, si elle change la disposition relative du col de la vessie, comme dans les cas de barrière, tout à coup et dans une grande étendue, la courbure de la bougie sera brusque, et son extrémité pourra être rebroussée. Si, comme l'a observé Chopart, l'orifice interne de l'urèthre est véritablement rétréci, la bougie offrira un étranglement analogue à ceux qu'on remarque dans les autres cas de coarctation. Si les parois de la partie prostatique de l'urèthre et de son orifice interne sont indurées, ce qui n'est pas rare, la bougie présentera des dépressions, ou des aplatissements partiels plus ou moins étendus. L'empreinte qu'on obtient alors peut ressembler à celles que produisent les calculs uréthraux ; seulement elle est moins brusque, moins à pic, et ses anfractuosités sont moins saillantes.

Ainsi, quoique les empreintes des bougies en cire fournissent ici des notions plus vagues, plus confuses que lorsqu'il s'agit de barrières uréthro-vésicales ou d'engorgement de la prostate, les déductions qu'on peut tirer de leur observation sont cependant

des plus utiles au praticien. La sonde n'en fournirait d'analogues qu'à force de tâtonnements pénibles pour le malade, encore même n'arriverait-on pas toujours à autant de précision. D'ailleurs, l'urèthre étant presque toujours très irritable chez les sujets atteints de fongus, la bougie, dont on répète les introductions pendant quelques jours, prépare les voies à la sonde et aux instruments explorateurs, ainsi que je l'ai démontré en traitant des névralgies, et le moins de douleur que ceux-ci occasionnent ensuite, compense et au delà l'inconvénient d'introductions plus multipliées.

La bougie molle a encore une incontestable utilité lorsqu'on est appelé après que d'autres praticiens ont vainement cherché à introduire des sondes, et qu'on peut craindre qu'une fausse route ait été faite. Personne n'ignore combien il importe de constater d'abord l'existence de ces fausses routes, si l'on ne veut pas assumer la responsabilité d'un malheur auquel on est étranger ; seulement on n'y parvient pas toujours.

Quant aux sondes exploratrices, employées depuis quelques années pour étudier les coarctations uréthrales, elles n'ont pas tous les avantages qu'on s'est plu à leur attribuer. Il est quelquefois difficile de les introduire, et les essais que j'ai tentés de leur usage, ne m'ont pas donné généralement les résultats satisfaisants que je m'en étais promis. Leur insuffisance m'est surtout démontrée dans les cas de fongus.

B. *Fongus dans l'intérieur de la vessie.*

Lorsque les tumeurs fongueuses ont leur siége dans l'intérieur de la vessie, le diagnostic présente aussi de grandes difficultés. On réussit bien, presque toujours, à introduire la sonde et même d'autres instruments explorateurs, mais quant à déterminer la nature, la forme, le volume et le mode d'insertion de l'excroissance, on ne peut se dissimuler qu'il reste beaucoup à désirer sous tous ces rapports. La sonde ne procure que des notions très confuses ; le trilabe n'a pas les mêmes avantages que quand il s'agit de petites tumeurs au col : le lithoclaste seul fournit quelques données utiles. Voici le procédé auquel j'ai eu recours :

Lorsqu'on explore, au moyen de la sonde à petite courbure, une vessie pleine d'eau tiède ou d'urine, on remarque, dans les cas de fongosités, que les mouvements de va-et-vient et de glissement latéral, imprimés à l'instrument, qu'on ne laisse pas tourner entre les doigts, sont empêchés par des inégalités qui ne sauraient exister dans une vessie à l'état normal, dont un liquide écarte les parois, puisque celles-ci doivent alors offrir partout une surface lisse et unie. On constate aussi le point où la sonde s'arrête; on passe dessus en relevant son extrémité vésicale; et la quantité dont on est obligé de la relever et l'espace qu'elle doit parcourir avant de retomber sur son premier plan, donnent la mesure de la hauteur et de l'étendue latérale de la tumeur. Si la sonde ordinaire laisse des doutes, on introduit un trilabe, qu'on ouvre fortement et qu'on fait pivoter entre les doigts, de telle sorte que chaque branche, en tournant, vienne butter contre l'excroissance ou l'inégalité de la face interne de la vessie. Lorsque cette inégalité est très saillante, on place l'instrument ouvert de manière qu'une de ses branches se trouve sur un des côtés de la tumeur, et une autre du côté opposé; de cette façon, le fongus fait saillie dans la pince, et le stylet, poussé avec précaution, peut indiquer approximativement de combien elle s'y élève.

Ce sont là les cas les plus favorables, ceux dans lesquels la tumeur est isolée, peu large et peu étendue, mais saillante. S'il en était autrement, ainsi qu'on l'observe dans certaines circonstances, et si la tumeur était fort évasée et peu en relief, les branches, au lieu d'appuyer sur les parois vésicales, en dehors de l'excroissance, s'appliqueraient sur cette dernière elle-même, et l'exploration n'aboutirait à rien. Il en serait de même s'il y avait plusieurs fongus l'un près de l'autre : un hasard heureux pourrait seul faire que les branches de l'instrument se plaçassent entre eux ou sur leurs côtés. Le lithoclaste peut être utilement employé dans ces cas, pour reconnaître la tumeur et pour déterminer son volume, en la saisissant, non pas latéralement, comme quand on se sert du trilabe, mais d'avant en arrière : on obtient ainsi la mesure de son diamètre antéro-postérieur. Mais ce qui est très difficile, c'est de distinguer si elle repose sur un pédicule, ou si elle a une base plus ou moins large. J'y reviendrai en parlant du traitement.

Lorsque la surface interne de la vessie est parsemée d'excroissances peu en relief, tantôt molles et tantôt résistantes, comme je l'ai observé, les explorations avec la sonde, celles surtout avec le trilabe et le lithoclaste, font connaître une série de protubérances, proéminentes à la surface du viscère, tendu par l'injection; mais elles laissent dans le doute relativement à la nature de ces excroissances. Il faut être d'autant plus réservé alors, qu'on pourrait confondre celles-ci avec les inégalités résultant des colonnes charnues, qui sont susceptibles de présenter les dispositions les plus extraordinaires.

En 1840, j'ai exploré la vessie d'un malade qui se croyait atteint de la pierre, dont on pensait même avoir reconnu l'existence au moyen de la sonde. Il offrait effectivement tous les signes rationnels d'une affection calculeuse. La première fois que j'introduisis la sonde, la face interne de la vessie me parut irrégulière et bosselée, tant l'instrument cheminait avec peine d'un point à un autre. Une exploration plus exacte ne me fit rien découvrir à sa face antérieure, non plus qu'a l'orifice interne de l'urèthre; mais vis-à-vis de cet orifice, à la face postérieure, se présenta une tumeur qui empêchait la sonde d'aller d'un côté à l'autre. En portant cette sonde, qui était à petite courbure, derrière la tumeur, entre elle et le sommet de la vessie, un peu à gauche, le bec étant incliné à droite, et en tirant l'instrument à moi, comme pour le faire sortir, je distinguai nettement la saillie que faisait l'excroissance, au-devant de laquelle la sonde retombait brusquement. L'expérience fut répétée plusieurs fois en présence d'un grand nombre de témoins, car le malade n'accusait aucune douleur. Je remplaçai la sonde par un lithoclaste, à l'aide duquel je constatai les mêmes effets, et je parvins ensuite à saisir la tumeur. Elle adhérait à la face interne de la vessie par une base large et résistante. Il eût été imprudent d'en opérer l'arrachement ou d'en essayer la trituration. Une fois fixé sur la nature et le degré de la lésion, je me bornai à prescrire un traitement palliatif.

Les explorations que je viens d'indiquer d'une manière très sommaire, parce que je les ai décrites en traitant des maladies de la prostate, et sur lesquelles je reviendrai d'ailleurs en exposant le traitement; ces explor[illegible]lis-je, m'ont souvent conduit à

des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre, et qui pourraient paraître douteux aux praticiens peu familiarisés avec les ressources que l'art a tirées de l'appareil instrumental de la lithotritie. A la vérité, ce n'est ni sans difficultés ni même toujours sans douleurs qu'on obtient ces résultats; il faut multiplier les tentatives, les varier de mille manières et procéder en tâtonnant; encore même, malgré toutes ces précautions, reste-t-il souvent des doutes insolubles. Quelques personnes pourraient se croire fondées à dire que les inconvénients des nouvelles explorations compensent leurs avantages. Mais qu'a-t-on à espérer en les négligeant? La pratique des plus grands chirurgiens, avant l'époque de la lithotritie, est là pour répondre. Elle constate que presque jamais la maladie n'était reconnue pendant la vie; qu'on soumettait les malheureux malades à une série de traitements plus empiriques et plus douloureux les uns que les autres; enfin, qu'on ne les abandonnait qu'après les avoir épuisés par des médications hasardées qui ne faisaient, la plupart du temps, qu'ajouter à leurs angoisses et hâter leur perte. Toutes les erreurs évitées, toutes les indications saisies à temps, par suite des nouvelles méthodes, sont donc autant de services précieux rendus à l'humanité, et il est certain que l'habitude de les employer, que les perfectionnements qui pourront y être apportés, augmenteront la somme de ces services. C'est plus qu'il n'en faut pour encourager, et pour répandre de plus en plus un mode d'exploration dont les difficultés et les inconvénients disparaissent, du moins en très grande partie, à mesure que l'usage des instruments qu'il nécessite devient plus familier aux chirurgiens (1).

Art. IV. — Du traitement des fongus vésicaux.

Le traitement des fongus de la vessie est essentiellement chirurgical. Les autres moyens dont il s'est composé, jusqu'à ce jour, sont restés généralement inefficaces. Chopart assurait que tous les remèdes internes sont impuissants, que les actions locales demeurent également sans effet, et qu'il ne faut compter sur elles qu'autant qu'on a en vue de tenir libre le cours de

(1) Voir le cas relaté tome II, page 350.

l'urine, d'empêcher l'accroissement de la tumeur, la dilatation variqueuse de ses vaisseaux et sa dégénérescence cancéreuse.

Pour juger combien ce praticien célèbre restait éloigné du but, il suffit de rappeler à quelles médications il avait recours. Il conseille d'abord de défendre les excès dans le régime, les exercices immodérés, les secousses du corps, les grands efforts de la respiration, les plaisirs vénériens et tout ce qui est capable d'irriter la vessie. Viennent ensuite les recommandations de tenir le ventre libre, de prendre des boissons légèrement diurétiques, de se tenir debout pour satisfaire les besoins d'uriner, et, si l'urine coule difficilement, d'avoir recours aux sondes flexibles, notamment le matin et le soir. Boyer lui-même s'est borné à reproduire les conseils de Chopart, et Sœmmerring ne proposait guère que l'usage du mercure et d'un régime doux.

D'après ces indications et d'autres du même genre, on voit combien Chopart avait raison de dire que l'art n'était pas plus avancé par rapport au traitement des fongus vésicaux, qu'à l'égard de leurs causes et de leur diagnostic. L'inutilité des moyens qu'il préconise, et qui après lui sont encore restés dominants dans la pratique, n'est que trop universellement démontrée. Aucun rapport logique n'existe entre la plupart d'entre eux et les tumeurs qu'ils sont appelés à combattre. Ces productions d'ailleurs, ne pouvant presque jamais être exactement reconnues autrefois sur le vivant, il n'y avait pas alors de traitement rationnel possible contre elles. Aussi n'avait-on que très rarement essayé leur cure radicale, hors les cas exceptionnels dont j'ai parlé à l'occasion des pierres compliquées de leur présence.

Les progrès de la chirurgie moderne ayant fourni des moyens propres à faire distinguer la maladie chez le sujet vivant, il était tout naturel qu'on se mit à la recherche du traitement spécial qu'elle peut réclamer. Ce n'est pas d'aujourd'hui que date ce traitement, comme quelques personnes paraissent le penser. Une expérience déjà longue m'en a confirmé l'utilité.

Dès 1825, je m'occupais de cette importante question.

En 1828, je publiai mes premières remarques sur ce point (1).

Le 22 décembre 1834, dans une lettre que j'adressai à l'Aca-

(1) *Deuxième lettre sur la lithotritie*, p. 122.

démie des sciences, et qui fut publiée par les journaux de l'époque (1), j'indiquais une série de moyens nouveaux propres à attaquer les fongus vésicaux, et je faisais connaître les résultats que j'en avais déjà obtenus, annonçant d'ailleurs qu'un malade se trouvait alors en traitement à l'hôpital Necker. Un simple énoncé suffisait dans une communication de ce genre, dont l'unique but était d'appeler l'attention des praticiens sur un sujet d'une si haute importance. Aujourd'hui que la question a grandi, je dois entrer dans de plus longs développements, afin de mettre mes confrères à même d'appliquer des procédés qui m'ont procuré des succès inespérés.

Ainsi que je l'avais annoncé à l'Académie, il y a trois manières d'attaquer les tumeurs ou excroissances fongueuses commençantes soit du col, soit du corps de la vessie. Pour bien comprendre ces procédés, il est nécessaire de se représenter fidèlement la situation des tumeurs, la saillie qu'elles forment dans l'intérieur du viscère, les particularités qu'elles présentent sous le rapport de la longueur et du volume de leur pédicule. Il faut aussi posséder une connaissance exacte du mécanisme et du mode d'application des instruments lithotriteurs (2).

§ 1er. — Fongus au col de la vessie ou dans le voisinage de l'orifice uréthral.

1° *Ligature.*

C'est par le procédé de ligature que j'ai commencé mes tentatives. La marche suivie dans quelques autres cas chirurgicaux, spécialement contre certaines tumeurs du col utérin, et ce que j'avais observé dans la pratique de la lithotritie, me suggérèrent l'idée de ce mode de traitement. J'ai dit que les excroissances polypeuses du col de la vessie sont fréquentes chez les calculeux. Plusieurs fois, en cherchant à saisir un petit calcul ou un fragment de pierre avec le trilabe, je m'étais aperçu que des tumeurs de ce genre s'engageaient dans l'instrument, et devenaient au moins gênantes

(1) *Gazette médicale*, p. 828, 1834. *Gazette des hôpitaux*, p. 611, *id.*

(2) Je dois ici supposer cette connaissance chez le lecteur, qui trouvera d'ailleurs tous les éclaircissements nécessaires dans mon *Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux*, et surtout dans le *Traité de la lithotritie.*

pour la manœuvre. Puisque le lithotriteur les rencontrait si aisément dans l'intervalle de ses branches, je dus penser que je les trouverais de même au moyen d'un porte-ligature substitué à cet instrument. Mais il fallait d'abord modifier la construction du trilabe. J'en fis fabriquer un sur les principes suivants : ses branches sont minces et sans crochet ou partie recourbée. Le porte-branches ou la canule intérieure a des parois très minces, et sa cavité mesure 4 millimètres de diamètre. Du reste, les branches, la gaîne, les rondelles, les boîtes à cuir, ne diffèrent pas de ce qu'elles sont dans les instruments ordinaires. A l'extrémité du tube, long de 33 centimètres, est adapté un fil de platine de 55 à 60 centimètres de longueur. Un trou pratiqué à cette même extrémité, mais du côté opposé, sert à faire rentrer ce fil dans le tube.

Les choses étant ainsi disposées, on introduit d'abord le trilabe. Après l'avoir ouvert dans la vessie, on applique, en le retirant, ses branches contre l'orifice interne de l'urèthre, en plaçant ces mêmes branches sur les côtés du pédicule de la tumeur, et l'on introduit ensuite le tube armé du fil ou le porte-ligature. Dès qu'on a constaté la présence de la tumeur dans l'instrument, on pousse le fil, qui fait anse en s'éloignant de l'extrémité du tube. Une marque indique le plat de l'anse, dont la grandeur est proportionnée à la quantité de fil qui a été poussée. Cette combinaison m'avait paru, en théorie, d'une application facile; mais soit que la tumeur ne fît pas dans l'instrument une saillie assez prononcée et assez résistante, soit que l'anse, dont le développement était gêné par les branches du trilabe et par la tumeur elle-même, au lieu de s'ouvrir largement au col vésical, comme cela a lieu sur table, en prenant une figure ovale, s'allongeât davantage et pénétrât trop profondément dans la vessie, je ne parvins qu'une seule fois, et après de longs tâtonnements, à saisir un fongus pédiculé du col de l'organe; encore fut-il lié d'une manière assez imparfaite pour que la ligature tombât avant la chute de la tumeur. Du reste, la difficulté consiste tout entière dans l'application du fil; car une fois que celui-ci est convenablement posé, on serre à volonté; le porte-ligature reste dans l'urèthre, et le trilabe peut être retiré de la vessie sans que le malade ait à souffrir. Diverses modifications que j'apportai à ce

premier appareil et un grand nombre d'expériences, me donnèrent à penser qu'on serait parvenu à faire disparaître les difficultés, du moins en partie, si l'on n'avait pas été conduit à procédés.

A cet appareil, quelques chirurgiens qui se sont occupés plus tard du même sujet, substituèrent des combinaisons au moyen desquelles ils conçurent l'espoir de placer plus sûrement la ligature sur le pourtour du pédicule de la tumeur. Ces praticiens se sont spécialement arrêtés à un instrument à deux branches qui s'écartent dans la vessie, et dont l'extrémité est percée d'un trou donnant passage à un fil assez long pour dépasser l'extrémité du manche. Lorsque les branches sont écartées, elles représentent un V, dont la partie ouverte se trouve close par le fil allant d'une branche à l'autre. Très probablement, les auteurs de ce mécanisme n'avaient pas prévu combien il est difficile d'engager la tumeur dans cet espace triangulaire. Je me borne donc à indiquer ici ce procédé.

2° *Arrachement.*

Une circonstance, que je considérai d'abord comme un accident dans l'application de la lithotritie, et qui me donna beaucoup de souci, me mit sur la voie d'un autre mode de traitement. Chez un Anglais calculeux, M. Henn (1), en cherchant à déterminer si le broiement de la pierre était praticable et à saisir l'un des calculs de la vessie, un corps mou s'engagea entre les branches de la pince. Il était assez petit pour qu'on pût fermer l'instrument. La pression ne produisant pas de douleurs vives, je serrai la tumeur avec plus de force, et, par une sorte de torsion, en faisant tourner le trilabe sur lui-même, j'arrachai un fongus pédiculé du volume d'un pois ordinaire et de consistance très molle. Ce fongus vint au dehors dans l'instrument. Il était inutile de faire connaître au malade ce qui venait d'arriver et de lui laisser entrevoir mes inquiétudes; mais on conçoit que je dus l'observer avec attention pendant plusieurs jours. Aucun accident ne survint; peut-être seulement s'échappa-t-il un peu plus de sang qu'il n'a coutume d'en sortir après les explorations. Au

(1) *Seconde lettre sur la lithotritie*, p. 112.

bout de quelques jours, je fis de nouvelles recherches, qui me démontrèrent la présence d'autres excroissances fongueuses et de plusieurs calculs dans la vessie. La santé générale était mauvaise; je ne crus pas pouvoir entreprendre l'opération sans danger, et je conseillai au malade de retourner en Angleterre. Il accueillit d'autant mieux cet avis qu'Astley Cooper l'avait déjà détourné de se faire opérer. M. Henn a vécu de longues années en conservant sa pierre et ses fongosités (1).

Depuis 1827, époque à laquelle ce cas s'offrit à moi, j'ai trouvé chez plusieurs calculeux des excroissances polypeuses ou fongueuses au col de la vessie. Dans quelques circonstances, je dus renoncer à la lithotritie; dans d'autres, plus nombreuses, et qui me parurent moins défavorables, je continuai le broiement de la pierre, et plus d'une fois je pratiquai en même temps l'extirpation de la fongosité avec des résultats divers. Les deux premiers cas qui se présentèrent furent très heureux. En explorant la vessie au moyen du trilabe, une petite excroissance pédiculée se glissa dans l'intervalle des branches; je fermai l'instrument, et m'assurai ainsi que la tumeur était petite. Elle ne possédait pas une grande sensibilité; car, en serrant, même avec force, le malade n'éprouvait pas de vives douleurs. Le pédicule était lâche, attendu qu'il permettait à l'instrument, embrassant le fongus, de se mouvoir librement en tous sens. J'arrachai la tumeur, et il ne survint pas d'accidents. Le malade fut guéri pour ainsi dire d'emblée. L'autre malade continua de souffrir pendant quelques jours, et il eut même un léger écoulement uréthral; mais bientôt ces symptômes disparurent, et la guérison ne laissa rien à désirer.

Un autre cas de fongus pédiculé me donna beaucoup d'inquiétudes. Le fongus arraché était accompagné d'une traînée filiforme de membrane muqueuse uréthrale, longue de plusieurs

(1) L'histoire de ce malade est devenue une source de méprises que j'ai indiquées dans mon *Traité de la lithotritie*, p. 538 et 598. En France, on avait annoncé à l'Académie de médecine, en 1828 et en 1835, que M. Henn avait succombé par suite de mon opération. A Londres, en 1836, on imprimait que mes manœuvres avaient occasionné des accidents graves, et que le malade était venu terminer en Angleterre sa pénible existence. Il a fallu le témoignage de l'honorable M. Crampton, pour mettre un terme à ces bruits erronés. Voy. *The Dublin quarterly journal of medical science*, février 1846.

centimètres. Le malade souffrit beaucoup pour uriner pendant quelques jours, et il conserva même une grande sensibilité du canal. Cependant il guérit. On sait avec quelle facilité les membranes muqueuses se reproduisent.

Ces résultats étaient fort encourageants. Bientôt il se présenta un autre cas beaucoup plus grave, où je crus devoir appliquer le procédé de l'arrachement.

Un prêtre des environs de Paris, septuagénaire, et calculeux depuis longtemps, était porteur, en outre, d'un engorgement de la prostate et d'un fongus au col vésical. Je m'assurai, par une exploration, que le fongus était mou, pédiculé et peu sensible. On pouvait le déjeter à droite, à gauche, et en arrière, sans faire souffrir le malade. J'introduisis un trilabe dans la vessie. La pierre fut saisie; mais, mal fixée dans l'instrument, elle s'échappa. Comme je cherchais à la saisir de nouveau, la tumeur fongueuse s'engagea entre les branches de la pince et fut embrassée au lieu du calcul; elle était volumineuse, mais se laissait facilement déprimer. Ce premier accident me fit comprendre, ce qu'il était facile de prévoir, que le fongus, qui paraissait enté sur une prostate engorgée, apporterait beaucoup d'obstacles à la destruction de la pierre, et peut-être plus encore à l'expulsion des fragments. Je pris donc le parti de l'arracher avant d'entreprendre la lithotritie, et je procédai immédiatement à l'opération. Le malade souffrit peu; mais il eut des difficultés d'uriner, des accès de fièvre, et rendit pendant plusieurs jours des urines fortement teintes de sang. Toutefois, ces accidents se calmèrent, et au bout de huit jours je repris l'opération de l'arrachement. Elle fut continuée encore trois fois, toujours avec succès, c'est-à-dire qu'à chaque fois une portion de la tumeur était saisie, arrachée et amenée au dehors avec l'instrument. Dans la dernière séance, à laquelle assistaient, entre autres médecins, MM. Baffos et Costello, la portion détachée du fongus eut beaucoup de peine à traverser l'urèthre. Le malade s'en trouva fortement incommodé; il eut d'abord un violent frisson dans le bain qu'il prit immédiatement après. A ce frisson succédèrent des sueurs. L'accès fut long et se reproduisit plusieurs jours de suite. L'émission de l'urine était douloureuse et le liquide sanguinolent. L'urèthre conservait une grande sensibilité. Plus tard, je fis deux explorations pour

savoir s'il restait encore quelques parcelles de fongus ; je ne découvris rien. D'ailleurs les mouvements de la pince étaient plus libres, et j'aurais pu procéder sans plus de délai à la destruction de la pierre, si je n'avais craint que le passage répété des instruments, celui des fragments de calculs et les manœuvres de l'opération sur une surface qui venait d'être dénudée, ne produisissent trop d'irritation. Ce motif fut le seul pour lequel j'ajournai la lithotritie. Trois mois après survint une fièvre typhoïde, à laquelle le malade succomba.

J'avais jugé la tumeur fongueuse moins volumineuse qu'elle ne l'était réellement. En réunissant ses diverses parties, successivement arrachées et extraites, j'obtins une masse qui ressemblait à une grosse noix. Rien n'est plus facile que de se méprendre, quand on veut juger du volume d'un fongus par l'écartement des branches de l'instrument, après qu'on est parvenu à l'y incarcérer. Si la tumeur est molle, frangée, filamenteuse, une partie qu'il est impossible de déterminer peut se trouver en dehors des branches, et celles-ci s'enfoncent dans la masse, de manière à la faire croire plus petite qu'elle n'est réellement; c'est ce qui arriva dans ce cas. D'ailleurs, on n'a pas la certitude qu'elle soit embrassée tout entière par le trilabe. Ce qui m'a frappé le plus dans cette opération, c'est le peu de douleur causée par l'arrachement d'une si énorme tumeur. Les accès de fièvre consécutifs qui eurent lieu dépendaient plutôt du passage dans l'urèthre de la portion arrachée, dont le volume était considérable, que de l'arrachement lui-même. On les aurait prévenus si, au lieu d'amener cette portion au dehors, on l'avait triturée dans la pince, comme on broie un fragment de pierre. Mais un excès de précaution me faisait craindre alors de laisser quelques portions détachées du fongus dans la vessie ; cependant elles seraient sorties d'elles-mêmes avec l'urine, ou il aurait été facile de les extraire, ainsi que l'expérience me l'a prouvé depuis.

Ce fongus est le plus gros que j'aie extirpé du col vésical. Malgré les complications, malgré l'incertitude que le défaut d'expérience entraîne toujours, le résultat fut aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer, et lorsque la fièvre typhoïde l'enleva, le malade ne souffrait pas plus qu'avant l'opération.

Le procédé de l'arrachement est d'une exécution beaucoup plus facile qu'on ne serait porté à le penser. L'instrument à trois branches, tel qu'il est employé dans la lithotritie, s'applique très bien à cette opération. Seulement il faut avoir soin que le lithotriteur glisse avec beaucoup de facilité dans la canule de la pince; car la résistance des fongus étant très faible, et la rencontre de ces productions avec l'instrument ne procurant qu'une sensation vague, on pourrait ne pas les sentir, si le jeu de ce dernier n'était pas très libre. Mais on comprend combien il importe que le chirurgien soit exercé à la pratique de la lithotritie, et combien aussi il est nécessaire d'agir avec circonspection et ménagement.

Lorsque le fongus occupe le col de la vessie, après avoir écarté les parois de cet organe par une injection, on doit introduire le trilabe, l'ouvrir largement et le ramener à soi, comme pour le retirer. Le dos des branches s'applique contre l'orifice de l'urèthre et contre la face interne de la vessie avoisinant le col, qui se trouvent alors tendus et écartés par l'élasticité des trois branches de la pince. On imprime à l'instrument de légers mouvements latéraux, pour s'assurer que l'une des branches ne s'applique pas sur la surface du fongus. Dès que la présence de celui-ci dans l'instrument est constatée, ce qui n'offre aucune difficulté, on rapproche les branches du trilabe en le tirant à soi, sans imprimer aucune secousse, dans la crainte de changer les rapports de la tumeur avec l'instrument. On maintient la tête du lithotriteur contre l'excroissance, mais sans pousser, et l'on continue de faire cheminer le trilabe dans la canule jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance. Je ne parle pas de la sensation douloureuse qu'on croirait devoir résulter de là; en général, le malade souffre peu. Avant de serrer davantage, il est prudent de chercher à savoir si la tumeur a un pédicule, et si ce pédicule est long ou court, s'il est plus ou moins épais. Dans le premier cas, l'instrument, qui embrasse la tumeur, se meut avec facilité, dans une certaine étendue, sans abandonner le fongus. Dans l'autre, au contraire, ses mouvements sont très bornés et la tumeur tend à s'échapper.

Je suppose qu'on a procédé avec tous les ménagements convenables, que la vessie a été remplie de liquide, et qu'on n'a agi qu'au voisinage du col. On n'a point à craindre alors d'avoir

saisi les parois vésicales, qui sont tendues et éloignées des branches de la pince. Il n'y a rien non plus de normal au col de la vessie, qui puisse venir se placer entre les branches. Enfin on s'est assuré préalablement que l'intérieur du viscère ne présente aucun appendice, aucun vice de conformation. Par conséquent, il n'y a qu'une production morbide de la nature du fongus pédiculé, qui puisse se trouver ainsi engagée dans la pince. On peut donc serrer fortement celle-ci, toujours en maintenant l'appareil immobile au col de la vessie, condition indispensable pour que le fongus ne s'échappe pas. En opérant cette constriction avec force, on réduit le pédicule du polype à son moindre volume, à sa plus faible consistance, en même temps qu'on y éteint la sensibilité; de telle sorte qu'un léger effort suffira pour opérer cette rupture sans provoquer de fortes douleurs. Les échelles placées à l'extrémité extérieure de l'instrument font connaître approximativement le volume de la tumeur, dont on opère l'arrachement soit par une traction brusque en avant, lorsque la pince ainsi chargée ne présente pas un volume assez grand pour ne point traverser l'urèthre; soit, dans le cas contraire, par un mouvement de propulsion en arrière vers le sommet de la vessie. Ce dernier mode est généralement préférable. Le pédicule se trouve coupé, en quelque sorte, à mesure qu'on rapproche les branches de la pince, qui se touchent d'autant plus qu'on approche davantage du point où le trilabe rentre dans la gaine. S'il est grêle, une très faible impulsion suffit pour le rompre. Dans deux cas analogues à celui que je viens de rapporter, et où il était plus large, il a opposé plus de résistance.

On comprend qu'il serait possible encore, le fongus étant solidement saisi et retenu dans le trilabe, de l'arracher par une traction directe, en faisant tourner sur place l'instrument entre les doigts; mais ce procédé serait moins sûr que le premier, et surtout que le second.

J'y ai eu recours cependant avec succès sur un malade, entre autres, dont j'ai rapporté l'histoire dans le tome II de cet ouvrage, et dont on me pardonnera de rappeler ici les principaux détails. Le cas était des plus graves et des plus compliqués. Le traitement préparatoire, par l'introduction journalière des bougies molles, produisit les meilleurs effets, en émoussant la sensibilité de

l'urèthre et du col vésical, au point de rendre assez facile et peu douloureuse l'exploration à l'aide des instruments de lithotritie. La vessie ne contenait pas de corps étrangers, mais des calculs prostatiques furent reconnus, saisis et retirés. Après cette extraction, les accidents, qui semblaient n'avoir plus de cause, ayant persisté, la méthode de défalcation conduisit à conclure qu'ils devaient être entretenus par quelque autre altération organique coexistante. En effet, le lithotriteur, introduit de nouveau et manœuvré comme il vient d'être dit, permit de serrer entre ses branches un premier polype, qui fut amené au dehors après la torsion de son pédicule sur lui-même. Une seconde tumeur ayant été broyée entre les branches de l'instrument, les douleurs que le malade éprouvait cessèrent, et l'excrétion de l'urine redevint libre. Il serait difficile de rencontrer un exemple plus complet de l'heureuse application des préceptes établis dans ce chapitre.

Lorsque la tumeur du col vésical a une base plus large, on éprouve plus de difficulté pour la saisir. A mesure qu'on serre le trilabe, elle tend à s'échapper, et si l'on parvient enfin à la fixer, on trouve que l'instrument est presque immobile. La pression que le trilabe exerce sur elle cause plus de douleur; quelquefois même le malade a de la peine à la supporter, et demande avec instance que l'on cesse. Il ne serait pas prudent alors de tenter l'arrachement, quand bien même la production ne s'échapperait pas du trilabe, au moment où l'on exerce le mouvement nécessaire pour la détacher. Si l'on croyait pouvoir opérer, il faudrait recourir à un autre procédé, celui de l'écrasement, qui, d'ailleurs, est d'une application plus sûre.

3° *Ecrasement.*

Ce procédé ne diffère du précédent qu'en ce qu'au lieu d'arracher le fongus, après l'avoir saisi avec la pince, on le broie en quelque sorte par la pression réunie des branches du litholabe et de la tête du lithotriteur, comme s'il s'agissait d'un petit calcul ou d'un fragment de pierre.

Le procédé de l'écrasement est celui que j'ai employé le plus souvent, et avec le plus de succès. Mais il y a une précaution

qu'on ne doit pas négliger, c'est de choisir un trilabe dont les mors aient une grande résistance; car, avant de faire agir le lithotriteur pour écraser la fongosité, il faut serrer celle-ci avec beaucoup de force, afin, comme il a été dit plus haut, d'y détruire autant que possible la sensibilité et d'éviter des douleurs au malade. Peut-être serait-il avantageux, dans le cas de tumeur dure et à base plus ou moins large, de donner une sorte de tranchant aux côtés des branches du trilabe, pour que la portion saisie du fongus fût en quelque sorte reséquée et se détachât plus facilement : on pratiquerait de cette manière une espèce d'excision.

Mais ce n'est là qu'une vue théorique, qu'on ne doit pas confondre avec le procédé dont l'expérience a constaté l'utilité pour les fongus pédiculés.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'une opération extrêmement délicate. Dans les cas de fongus à base large principalement, le diagnostic est souvent incomplet; les explorations même répétées restent insuffisantes. On est exposé à s'écarter des limites du mal; et, s'il y avait erreur, la vie du malade pourrait être compromise. Cette pensée m'a détourné d'entreprendre l'opération dans les cas douteux. Mais lorsque le fongus est pédiculé et que le diagnostic a pu être parfaitement établi, j'y ai procédé immédiatement, et l'expérience m'a prouvé qu'on le fait avec toute la sécurité désirable. Dans plusieurs cas, je me suis borné à l'écrasement du fongus, sans arrachement, sans extraction de la partie réduite en pulpe. Aussitôt que l'écrasement était terminé, je faisais pivoter le lithotriteur, j'ouvrais la pince, et, avant de la refermer pour retirer l'instrument, j'exerçais des mouvements de rotation, en ayant soin de porter l'appareil au centre de la vessie, dont les parois, écartées par l'injection, n'avaient rien à redouter de la manœuvre. Dès qu'il était écrasé, trituré, le fongus tombait et sortait avec l'urine, ou bien j'en faisais l'extraction quelques jours après. Le pédicule s'affaissait et s'atrophiait, ou du moins je ne le sentais plus, malgré tout le soin que je pusse mettre à explorer la partie qui en avait été le siége. A l'appui de ces préceptes, je citerai le fait suivant.

Un tanneur, âgé de vingt-six ans, d'une constitution lymphatique, entra, en 1834, dans le service des calculeux. Quatre ans auparavant, il avait été pris de dysurie; et cette infirmité, qui

persista depuis, était attribuée par lui à la mauvaise habitude de retenir son urine pendant qu'il travaillait. Les accidents s'aggravèrent à diverses reprises, et il survint des hématuries. Le malade, ne pouvant plus uriner que goutte à goutte et avec des efforts considérables, se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Pendant trois mois, on le soumit, dans cet hôpital, à l'usage permanent des sondes élastiques, dont le calibre fut graduellement porté jusqu'au n° 11. Un catarrhe vésical des plus intenses se développa durant ce traitement, qui fut suspendu et repris ensuite. Dans l'intervalle, on administra au malade des pilules de térébenthine, et l'affection catarrhale de la vessie diminua. Cependant, comme ce traitement ne procurait la guérison ni de la dysurie ni du catarrhe, devenu chronique, on établit, à la partie gauche du périnée, un séton, qui n'eut pas plus de succès. Ce fut alors que le malade passa dans mon service, à l'hôpital Necker. Voici quel était son état. Toutes les demi-heures, il éprouvait le besoin de rendre quelques gouttes d'urine, qu'il ne parvenait à expulser qu'avec des efforts inouïs, accompagnés de la sortie involontaire des matières fécales : il avait de la fièvre; la respiration et la parole étaient entrecoupées; il ressentait, derrière le pubis, de la pesanteur et une tension douloureuse au toucher; les traits, profondément altérés, exprimaient les plus vives angoisses : la nécessité d'uriner presque à chaque instant ne permettait aucun repos. L'ensemble de ces phénomènes n'était pas rassurant. Des bains de siége, la diète et le repos amenèrent un peu d'amélioration qui permit d'explorer les organes urinaires. L'urine déposait en abondance des mucosités sanguinolentes. L'obstacle à sa sortie n'avait pas son siége dans l'urèthre, car le cathétérisme ordinaire fit reconnaître que ce canal était libre. Plus d'une pinte d'urine fétide s'écoula par la sonde; la vessie avait une ampleur excessive; elle ne parvenait à se débarrasser de son contenu qu'avec une extrême difficulté. Cet effet pouvait tenir ou à une faiblesse de contraction ou à un obstacle au col, ou peut-être à la réunion des deux circonstances; c'est ce qu'il s'agissait de déterminer. Je fis pratiquer chaque jour des injections d'eau fraîche; je prescrivis des lavements presque froids; j'eus soin que le cathétérisme évacuatif fût répété plusieurs fois dans la journée.

Ce traitement fort simple détermina un prompt amendement; les urines cessèrent de déposer des mucosités, que la vessie ne chassait toutefois qu'incomplétement, même avec le concours des muscles abdominaux. Je fis faire alors des irrigations froides avec la sonde à double courant. Enfin j'explorai de nouveau les parties. L'instrument lithotriteur fut introduit et ouvert dans la vessie, après que les parois du viscère eurent été distendues par une injection d'eau tiède. En promenant le trilabe, largement ouvert, à la surface de l'organe, je ne découvris rien d'anormal. Je procédai alors à l'exploration du col par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en tirant à moi l'instrument, sans le fermer, de manière que ses branches vinssent s'appliquer contre le pourtour de l'orifice. J'exécutai ensuite des mouvements de rotation, pendant lesquels une tumeur s'engagea entre les branches et arrêta leur impulsion. Ce premier fait me prouvait qu'une production anormale existait au pourtour du col vésical; mais il fallait en déterminer les caractères.

Pour cela, je fis glisser la gaîne sur le trilabe : à la première résistance, je poussai le lithotriteur, qui me fit reconnaître dans la pince un corps saillant et mou, contre lequel on pouvait l'appuyer sans faire souffrir le malade. Je fermai davantage l'instrument, et lorsque la résistance me parut assez forte pour que la tumeur ne pût s'échapper, j'imprimai des mouvements ménagés de va-et-vient et d'inclinaison à droite et à gauche. Ces divers mouvements avaient assez d'étendue pour me démontrer que la tumeur était pédiculée; elle offrait d'ailleurs peu de volume, ce que faisait connaître l'échelle du trilabe et surtout la profondeur à laquelle s'était enfoncé le lithotriteur. Le malade, qui ignorait l'opération pratiquée sur lui, avait peu souffert jusque-là, et j'avais pu sans difficulté acquérir toutes les notions qui m'étaient nécessaires. Ainsi je savais que rien d'anormal n'existait à la face interne du corps de la vessie, et que la prostate se trouvait pour ainsi dire dans son état naturel; je savais, à n'en pas douter, que la tumeur était implantée sur l'angle antérieur du trigone vésical, et les mouvements faciles du trilabe m'assuraient qu'elle était pédiculée.

Je procédai à l'écrasement. Après avoir desserré la vis de pression, qui empêchait tout mouvement de la gaîne sur la

pince, je tirai fortement sur celle-ci, en même temps que je poussais le perforateur, avec lequel j'exerçai des mouvements de trituration. Tous les assistants furent étonnés du peu de douleur que le malade ressentit pendant l'opération, qui n'exigea que quelques secondes. La tumeur, frappée de mort, fut expulsée le même jour avec l'urine; elle formait une masse longue de 1 centimètre et demi, sur 1 centimètre d'épaisseur. Aucun accident ne survint : il s'écoula seulement un peu de sang avec les premières urines. Dès ce moment, le malade urina plus facilement. Quelque temps après, une autre tumeur fongueuse, analogue à la précédente, fut saisie et traitée de la même manière. Elle demeura dans les branches de l'instrument, qui la ramena. Les fonctions de la vessie se régularisèrent; il y resta néanmoins un peu de paresse, que je combattis par des injections froides. Le malade ne tarda pas à partir pour son pays dans un état satisfaisant. Il y a seize années que cette opération a été pratiquée. J'ai opéré depuis huit autres malades placés dans des circonstances analogues, et le résultat n'a pas été moins heureux.

4° *Cautérisation.*

Dans quelques-uns des cas auxquels j'ai appliqué les moyens dont je viens de parler, la guérison a été complète; peu de jours ont suffi pour rendre aux malades l'entière faculté d'expulser naturellement l'urine et pour faire disparaître tous les phénomènes morbides. Dans d'autres, ce double résultat est demeuré incomplet : les sujets ont mieux uriné, mais ils ont conservé de la gêne, de la douleur, des symptômes de catarrhe, des besoins fréquents d'émission, de la lenteur pour y satisfaire. Faut-il en accuser ce qui était resté du pédicule de la tumeur fongueuse? Quelques observations m'ont paru prouver qu'il en était ainsi. Dans plusieurs de ces cas j'ai essayé les applications du nitrate d'argent sur le point où la tumeur avait son siége, en me bornant, comme dans la plupart des autres maladies du col vésical, à ne pratiquer que des cautérisations transcurrentes, très courtes, et séparées par de longs intervalles. Le porte-caustique dont je me sers quelquefois est représenté page 164 du tome II de ce Traité. J'ai employé aussi ce moyen lorsqu'au lieu de véri-

tables tumeurs isolées, parfaitement dessinées et assez saillantes pour être saisies avec un instrument, il y avait, au col de la vessie, boursouflement de la membrane muqueuse et état fongueux plutôt que de véritable fongus. Ces états ne sont pas rares; la saillie qui en résulte est assez prononcée pour qu'on la rencontre avec le lithotriteur ou le lithoclaste, mais trop faible pour qu'on puisse pincer la production morbide. Deux ou trois applications de nitrate d'argent m'ont paru réussir d'abord. A la vérité, le résultat ne s'est point soutenu dans le plus grand nombre des cas. De nouveaux faits sont nécessaires pour élucider ce point de pratique. Je me bornerai à citer le cas suivant.

Un homme, éprouvant la plupart des symptômes propres aux calculeux, entra, au commencement de l'année 1842, dans mon service, à l'hôpital. Après le traitement préparatoire d'usage, je m'assurai que sa vessie ne contenait pas de pierre; mais le trilabe me fit reconnaître qu'il existait, dans le voisinage du col vésical, de petites excroissances qui gênaient le mouvement de rotation de la pince, entre les branches de laquelle elles s'interposaient même, sans toutefois faire assez de saillie pour permettre de les saisir. Je fis, à l'orifice interne de l'urèthre et au col vésical, dans l'étendue de 27 millimètres d'avant en arrière, une application de nitrate d'argent, à l'aide d'une bougie molle chargée de poudre de ce sel, sur une étendue correspondante et à une pareille distance de son extrémité. Le malade souffrit peu pendant la cautérisation, mais il éprouva de vives cuissons pour uriner durant toute la journée; le calme se rétablit ensuite. Quatre autres cautérisations, faites de la même manière, amenèrent une amélioration progressive. Je n'ai pas revu le malade.

§ 2. — Fongus du corps de la vessie.

Les procédés indiqués pour l'arrachement ou le broiement des fongus du col vésical peuvent être employés dans l'intérieur de la vessie, lorsque les excroissances fongueuses sont molles, flottantes et faciles à déchirer. Parmi les malades que j'ai traités de cette manière, le cas le plus intéressant est celui que j'ai rapporté dans ma lettre déjà citée, de 1834, à l'Académie des

sciences. C'est un fait remarquable, surtout relativement au volume de la tumeur que je parvins à détruire, et qui était grosse comme une petite noix. J'eus pour témoins un grand nombre de praticiens nationaux et étrangers, car il s'agissait d'une opération nouvelle, généralement regardée comme impossible, et à l'exécution comme au résultat de laquelle on prenait un vif intérêt. Il n'y eut pas d'accidents et le malade guérit parfaitement. Chez un autre malade admis dans le service quelque temps après, le résultat fut encore plus satisfaisant et la guérison plus prompte. Ayant découvert à la face postérieure de la vessie plusieurs fongosités molles et pédiculées, je les saisis à l'aide d'un trilabe de moyenne grosseur, et je les arrachai par la traction du pédicule, en faisant tourner l'instrument entre les doigts. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, et le malade guérit en peu de jours, sans avoir éprouvé le moindre accident.

Dans cinq autres cas, dont trois compliqués de la présence de pierres dans la vessie, le résultat n'a pas été moins favorable.

On peut, au besoin, employer divers instruments pour cette opération ; mais, en général, surtout quand la tumeur siége près du col vésical, le trilabe est préférable. Il permet d'établir le diagnostic avec plus de précision, et, par conséquent, expose moins à commettre des méprises susceptibles de devenir très fâcheuses pour le malade. On comprend, en effet, que si, au lieu d'une excroissance fongueuse, pédiculée, on allait saisir soit une colonne charnue de la vessie, soit une des tumeurs prostatiques ou autres, à base large, dont j'ai parlé, et auxquelles il ne faut pas toucher, les conséquences pourraient être des plus graves.

Au moyen de l'instrument courbe articulé, on peut certainement saisir un fongus pédiculé, implanté sur la partie postérieure du trigone, ou sur le bas-fond de la vessie. Si je n'ai pas insisté sur l'usage de cet instrument, c'est parce que la manœuvre en est toujours difficile et le résultat incertain. A moins que le hasard ne le favorise, le chirurgien qui l'emploie est obligé de se livrer à de nombreux tâtonnements.

Avec le lithoclaste on réussit plus sûrement, et j'y ai eu recours dans plusieurs cas de fongus du corps de la vessie. On procède de la même manière que lorsqu'il s'agit de saisir un petit calcul ou un fragment de pierre, en dirigeant le bec de

l'instrument vers le point sur lequel repose la tumeur. On rapproche les branches avec beaucoup de précaution; après s'être assuré qu'elle y est bien saisie, on serre lentement, en tenant compte des sensations du malade; dès que la pression est assez forte pour qu'on n'ait pas à craindre que la tumeur échappe, on exécute des mouvements de va-et-vient et de côté, par lesquels on s'assure et de la longueur et de la résistance du pédicule.

Il faut autant que possible, ainsi que je l'ai démontré dans le *Traité de la lithotritie*, que la manœuvre pour saisir la tumeur s'exécute sans déplacer l'extrémité vésicale de l'instrument; et pour l'écraser, ses branches doivent être pressées graduellement, mais avec la précaution très importante de ne pas tirer sur le fongus, ce qui pourrait entraîner les inconvénients que j'ai signalés en traitant de l'arrachement appliqué à ces sortes de cas. En outre, la douleur serait d'autant plus vive qu'ici la traction, au lieu d'être brusque, s'exécuterait avec lenteur, en tiraillant les parois vésicales, et durerait un certain laps de temps.

Du reste, à quelque procédé qu'on ait recours pour l'arrachement, l'excision ou l'écrasement des tumeurs fongueuses du corps de la vessie, il faut manœuvrer les instruments avec une délicatesse et un soin extrêmes, sans négliger une seule des précautions indiquées.

Si, lorsque l'excroissance a son siége au col de la vessie, il est imprudent de tenter une opération sans avoir préalablement écarté les parois de l'organe par une injection, cette attention devient plus nécessaire encore quand il s'agit d'opérer dans le bas-fond du viscère. On comprend sans peine qu'en cherchant à saisir une production fongueuse, on serait exposé à pincer les parois vésicales elles-mêmes, si elles n'étaient pas tendues. D'ailleurs, en opérant, la vessie étant vide ou même très peu remplie, les difficultés ne seraient pas moins grandes que les dangers menaçants.

Il faut se rappeler encore une circonstance, que j'ai déjà notée, et qui vient éclairer le praticien sur la nature de la production qu'il sent dans la vessie, surtout lorsqu'il n'a pas réussi d'abord à établir le diagnostic avec toute la précision désirable, à raison des complications qui peuvent exister. C'est que certains fongus,

du moins dans leur partie la plus éloignée du point d'insertion à la vessie, sont très mous et présentent des appendices que le moindre frottement suffit pour détacher. Ces portions enlevées pendant la manœuvre, sont ramenées avec l'instrument, ou expulsées avec l'urine; et l'on sait dès lors de quoi il s'agit. C'est ce qui avait lieu dans un cas dont j'ai eu à m'occuper, au moment même où je rédigeais ce travail. Après avoir détruit la pierre par les procédés de la lithotritie, et pendant les explorations destinées à m'assurer si l'organe était entièrement débarrassé du corps étranger, je reconnus, dans son intérieur, plusieurs saillies qui ne se rapportaient à rien de normal. Il fallait déterminer s'il s'agissait d'excroissances ou de colonnes charnues en relief. Pendant les recherches, je détachai une petite masse de tissu fongueux, que le malade rendit avec les premières urines. Cette circonstance m'éclaira sur la nature des saillies que j'avais rencontrées (1). Mais le sujet était pressé de partir : il devait revenir à Paris s'il éprouvait quelques dérangements dans les fonctions de la vessie. Je ne l'ai pas encore revu.

Tout récemment encore j'ai eu l'occasion de faire la même remarque sur un septuagénaire qui éprouvait de fréquents besoins d'uriner, avec difficulté et douleur pendant la miction. L'urine s'écoulait quelquefois involontairement, surtout pendant la nuit; elle était tantôt teinte de sang, tantôt chargée de mucosités. Une première exploration me convainquit qu'il n'y avait ni pierre, ni tuméfaction considérable de la prostate, ni paresse de vessie. Une seconde, faite avec le lithoclaste, prouva en outre que l'organe n'avait rien perdu de sa capacité; mais les mouvements d'inclinaison et de rotation de l'instrument étaient gênés, et ses mors embarrassés. Je soupçonnai l'existence de touffes fongueuses analogues à celles que représente la figure 9, page 107. Ayant saisi une de ces touffes, je la serrai

(1) Ces portions de fongus qui tombent spontanément, ou que détachent les manœuvres du cathétérisme et surtout de la lithotritie, ont fait croire à des chirurgiens sans expérience que les parois vésicales avaient été pincées ou lacérées. Au début de l'application de la lithotritie, ces accidents, exagérés sinon supposés, parurent préoccuper fortement plusieurs praticiens nationaux et étrangers; mais il est évident que, moyennant les précautions indiquées, et les conditions de dilatation des parois vésicales, ils sont à peu près impossibles.

fortement et j'en fis l'extraction. Le malade éprouva peu de douleur, mais l'urine demeura sanguinolente une partie de la journée. La portion de fongus ramenée dans l'instrument, et qui avait le volume d'une petite amande, ne laissait plus aucun doute sur la nature de l'affection. Pendant la journée et celle du lendemain, d'autres portions de la même substance furent expulsées avec l'urine. Huit jours après, je fis une nouvelle séance, qui eut un résultat semblable, si ce n'est que le volume de la masse fongueuse extraite dans l'instrument ou rendue avec l'urine fut moins considérable. Une troisième séance eut lieu au bout de cinq jours, avec le trilabe : d'autres portions de fongus furent saisies, détachées et ramenées dans la pince ou rendues avec l'urine. Enfin, à une quatrième séance, je ne rencontrai plus que de très petits filaments, dont plusieurs vinrent avec la pince. Malgré les douleurs produites par les explorations et des tâtonnements inévitables, le malade n'éprouva aucun accident sérieux : chaque fois, l'irritation cessa dès le lendemain. A dater de la dernière séance, les besoins d'uriner devinrent moins fréquents et plus faciles à satisfaire. Toutefois, la guérison n'est pas complète.

§ 3. — Cas compliqués.

Ce qui doit surtout fixer l'attention du chirurgien dans ces opérations difficiles et délicates, ce sont les complications que présentent les fongus de la vessie. La plus commune, et en même temps la plus grave de ces complications, est celle de l'affection calculeuse. Bien que je m'en sois longuement occupé dans le Traité consacré à cette affection, et dans celui de la lithotritie, il ne sera pas inutile d'y revenir ici, tant la question est pleine d'intérêt sous le point de vue pratique.

Existence simultanée de la pierre et des fongus de la vessie.

Non-seulement il est très commun de rencontrer dans la vessie des fongus en même temps que la pierre, mais ces deux maladies s'influencent réciproquement dans leur production, le développement et leurs effets sur l'organisme. Il per-

de grandes difficultés pour le diagnostic et le traitement. Nous avons déjà vu que l'existence simultanée de ces deux maladies contribuait à rendre les signes et les symptômes de chacune d'elles encore plus obscurs qu'ils ne le sont lorsqu'elles existent séparément. En outre, si nos moyens d'exploration font quelquefois défaut dans les cas simples, lorsqu'on a seulement affaire à la pierre ou à une fongosité, à plus forte raison laissent-ils dans l'incertitude lorsque ces maladies existent ensemble. Aussi a-t-on commis, à cet égard, les plus graves méprises, alors même que le mal n'était pas très avancé, et qu'on pouvait encore manœuvrer avec assez de facilité les instruments explorateurs.

Que la maladie ait débuté par la pierre ou par le fongus, il peut arriver, ainsi que je l'ai vu, et comme Ledran et Chopart, entre autres, l'avaient observé, que les fongosités, en se développant, envoient des expansions qui s'insinuent dans les inégalités de la pierre, et établissent des espèces d'adhérences du calcul à la vessie.

Dans d'autres cas, particulièrement chez le malade Tourgueneef, dont j'ai publié l'observation dans le *Parallèle*, des fongosités dures et proéminentes du col de la vessie avaient empêché la pierre de se développer sur les points correspondants, et, par suite, le calcul présentait deux excavations dans lesquelles les sommets des tumeurs se trouvaient, pour ainsi dire, logés.

Ici la physiologie pathologique soulève une question pleine d'intérêt. Est-ce le fongus qui a produit la pierre, ou celle-ci a-t-elle été la cause génératrice de la fongosité vésicale? L'art possède maintenant, du moins dans le plus grand nombre des cas, le moyen de résoudre ce problème. Il est constaté, en effet, que lorsque le calcul est d'acide urique, d'oxalate calcaire ou de cystine, la fongosité est consécutive : elle s'est développée sous l'influence de la phlegmasie de la surface vésicale, produite et entretenue par la présence du corps étranger. Les pierres de nature phosphatique, au contraire, se forment et se développent par suite de la présence des fongus, aussi bien que des autres lésions organiques du col ou du corps de la vessie ; et ces cas sont ceux que l'on rencontre le plus communément. Il est bien démontré que, sous l'influence des alté-

rations morbides de la vessie, et de la phlegmasie qui en est l'origine ou la conséquence, il s'établit dans l'urine une prédominance des sels phosphatiques, et que, par suite, les concrétions de cette nature se constituent avec une promptitude étonnante. Quelques semaines, quelques mois au plus, suffisent pour que l'on trouve, dans la vessie, des masses volumineuses de cette substance.

Mais ce qui doit surtout frapper l'observateur, c'est que, dans les cas où les productions organiques ont une tendance à dégénérer, les dépôts phosphatiques de l'urine ne se réunissent pas toujours de manière à constituer un corps libre et distinct : ils s'étalent fréquemment à la surface des fongus, y forment des croûtes plus ou moins épaisses, et d'autant plus adhérentes que la désorganisation de la partie malade est plus avancée. J'ai cité des cas fort curieux de cette espèce d'adhérence dans les *Traités de la lithotritie* et *de l'affection calculeuse*, ainsi que dans le *Traitement médical de la pierre et de la gravelle*, auxquels je dois renvoyer. Je ne rappelle ici cette particularité que pour les besoins de la pratique. C'est, du reste, une question importante que je me suis attaché à élucider, mais qui avait été soulevée par nos prédécesseurs. Chopart, entre autres, rapporte que Montagnon, chirurgien de Nîmes, appelé pour sonder un vieillard qu'on croyait atteint de la pierre, eut de la peine à introduire l'instrument dans la vessie, où il crut sentir un corps dur, qui rendait obscurément le son de la pierre. Le malade étant mort, on ne reconnut qu'un fongus du volume d'un petit œuf, dont la surface inégale était incrustée de graviers. Ce fait a de l'analogie avec d'autres dont j'ai déjà fait mention.

Ces incrustations, de forme terreuse, ont peu de consistance et présentent une couleur gris cendré, tirant quelquefois sur le brun. On a observé aussi une teinte jaunâtre, qui appartient plus particulièrement aux dépôts d'acide urique et de ses composés ; mais ce sont là de rares exceptions, qui ne suffisent pas pour infirmer la règle établie, savoir : que, dans les cas de fongosités vésicales accompagnées de phlegmasies, l'urine contient une prédominance prononcée des sels phosphatiques.

Je n'ai pas à m'occuper ici des procédés opératoires à mettre en usage, eu égard à la taille et à la lithotritie ; je les ai longue-

ment exposés dans le *Parallèle* et dans le *Traité de* [illegible]. Je me bornerai à faire remarquer que dans les cas de taille et même dans beaucoup de ceux de lithotritie, c'est principalement à la fin de l'opération qu'on reconnaît la présence du fongus dont l'opérateur a presque toujours ignoré jusque-là l'existence. Il a opéré comme dans les cas simples, et ce n'est que pendant les dernières explorations, ayant pour but de constater la guérison après la lithotritie, ou l'extraction complète des calculs après la taille, qu'il arrive ordinairement à découvrir dans la vessie des tumeurs plus ou moins considérables.

Dans les cas de fongus volumineux constatés avant l'opération, la conduite du chirurgien varie suivant les circonstances. Tantôt il doit renoncer à la lithotritie, parce que la tumeur gêne la manœuvre et la rend trop douloureuse : il peut même craindre que les frottements réitérés des instruments et des débris de la pierre, réduite à l'état de fragments, produisent des accidents et amènent la dégénérescence du fongus. Tantôt, ainsi que je l'ai pratiqué, il a recours à la taille. Enfin, dans certains cas extrêmes, il doit, comme je me suis trouvé en position de le faire, s'abstenir d'opérer, et se borner à prescrire un traitement palliatif.

Dans les circonstances moins défavorables, il n'y a pas uniformité d'avis parmi les chirurgiens, même ceux qui font autorité. Les uns procèdent en même temps à l'extraction de la pierre et à l'extirpation de la fongosité ; d'autres laissent cette dernière après avoir enlevé le calcul. Desault, après l'extraction d'une pierre de la vessie, ayant reconnu avec le doigt l'existence et la forme d'un fongus pédiculé, le saisit avec les tenettes et en fit l'extraction ; il n'y eut ni hémorrhagie ni aucun accident quelconque, et le malade guérit. A la vérité, c'était un cas très favorable, et en pareille circonstance, on ne saurait mieux faire que d'imiter ce grand maître.

Lecat a proposé et employé des ciseaux, qu'il avait fait construire pour les cas de ce genre.

A l'occasion d'une femme qui se présenta, en 1[illegible], à l'Hôtel-Dieu, avec une tumeur vésicale pédiculée, qu'on ne [illegible] pendant la vie, Dupuytren déclara que s'il avait [illegible] la présence de cette tumeur, il aurait pu l'extraire par la [illegible] en tordant le pédicule.

Houstet raconte aussi que, sur un malade, les tumeurs ne furent reconnues qu'au moment de l'opération. Au lieu de la pierre, il saisit d'abord des corps mollasses dont il fit l'extraction : c'étaient des excroissances charnues. Ce chirurgien retira ensuite trois calculs. L'opéré ayant succombé le troisième jour, on trouva la vessie très grande et à parois épaisses. La prostate faisait trois fois plus de saillie que dans l'état naturel ; vers le bas-fond, derrière la prostate, était un repli en forme de croissant, sur le bord libre duquel on remarquait plusieurs déchirures, aux endroits où les excroissances avaient été arrachées. Ce repli recouvrait une cavité, dont l'entrée regardait la prostate, et qui avait cinq à six centimètres de diamètre, contenant de la matière purulente. C'était une des nombreuses cellules qui existaient à la face interne de la vessie, et dans plusieurs desquelles on trouva des pierres semblables à celles extraites par l'opérateur.

Chez un homme de cinquante ans, Guérin, le père, retira par la taille, dans la même séance, deux lambeaux d'excroissances de chairs fongueuses et treize pierres. Le malade mourut huit jours après. On trouva vingt-sept autres pierres renfermées chacune dans une cellule particulière, et du côté droit un lambeau d'excroissance, en forme de champignon, qui fermait en partie l'orifice de l'urèthre.

Ces faits, ceux dont parlent Leblanc, Portal, Dalechamp, etc., rapprochés de ceux que j'ai relatés dans ce chapitre et dans mes ouvrages sur l'affection calculeuse, prouvent combien le praticien doit agir avec circonspection, soit qu'il existe seulement un fongus volumineux, soit qu'il y ait pierre et fongus tout à la fois. Presque toujours alors les désordres sont plus profonds et plus étendus qu'on ne l'avait supposé. A côté des fongosités et de la pierre se trouvent souvent encore d'autres lésions, d'autant plus redoutables qu'elles sont presque toujours ignorées avant l'opération.

La variété des cas explique la diversité des opinions. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, on ne s'appuie que sur des suppositions, et l'on cède trop facilement à la tendance de l'esprit humain à généraliser les déductions tirées de faits particuliers. J'ai cystotomisé quelques malades qui avaient en même temps la pierre et des tumeurs fongueuses, et, à l'exemple

Deschamps et autres, je me suis borné à extraire les pierres : les malades ont survécu. Par la lithotritie, j'ai quelquefois procédé de la même manière. Aux observations qui précèdent, j'ajouterai le fait suivant :

Un adulte, fortement constitué, mais épuisé par les douleurs, souffrait horriblement depuis deux années. Les premiers symptômes furent vagues : on les combattit par divers moyens, qui demeurèrent sans effet. Deux praticiens, appelés en consultation, ne s'accordèrent pas sur la nature de la maladie, et le sujet vint à Paris réclamer mes conseils. Je reconnus aisément la présence d'un calcul, qui me parut peu volumineux, friable et facile à détruire par les procédés de la lithotritie : mais il existait en même temps un catarrhe vésical très intense; l'émission de l'urine se faisait avec difficulté, lenteur et irrégularité; il y avait fièvre, avec perte d'appétit et de sommeil; la prostate semblait avoir augmenté de volume. Malgré ces circonstances peu favorables à la lithotritie, je n'osai pas proposer la taille, pour laquelle le malade m'avait déjà témoigné son invincible éloignement, et j'eus recours à ma méthode. Je ne m'attendais pas à rencontrer un développement de fongosités dans la vessie. La pierre fut cependant saisie et attaquée; elle était phosphatique. Les premiers fragments que le malade rendit lui donnèrent du courage. Il fallut huit séances très courtes, et faites à d'assez longs intervalles, pour détruire le calcul et provoquer l'expulsion des débris. Cette dernière partie fut la plus difficile; on aurait dit que les fragments s'accolaient aux fongosités. Pour les déplacer, il me fallut exercer une sorte de grattement avec le lithoclaste à larges cuillers, et faire beaucoup d'injections coup sur coup à travers la grosse sonde à grands yeux, dont je me sers en pareil cas. Dans les dernières explorations, je sentais bien distinctement les inégalités, les saillies de la face interne de la vessie. Toutefois je ne tentai pas de les saisir, parce qu'elles n'étaient que très peu développées. D'ailleurs, l'amélioration de la santé générale et la diminution progressive du catarrhe, à dater du moment où il n'exista plus de pierre, me permettaient d'espérer qu'à l'aide de précautions hygiéniques convenables, elles pourraient être supportées, ou même disparaître. J'ajouterai que, comme leur nombre était fort grand, il aurait fallu multiplier les opérations

à ce point que le malade ne les aurait probablement pas supportées.

Dans un cas dont j'ai publié ailleurs les détails (1), je n'ai pas cru non plus devoir toucher à une excroissance fongueuse située à la face inférieure du col vésical, et qui formait une tumeur à base large et fort dure; elle resta stationnaire après l'extraction de la pierre, et le malade continua de vivre sans souffrir. Je ne vois, en pareil cas, aucun inconvénient à différer le traitement des fongosités, surtout quand elles ne produisent pas d'accidents graves; on sait d'ailleurs que ces productions morbides, lorsqu'elles sont le résultat de la présence de la pierre, restent souvent stationnaires, si même elles ne s'effacent, dès que le corps étranger est enlevé.

Depuis que j'ai adopté cette marche, j'ai évité à plus d'un malade une seconde opération, qui m'avait d'abord paru nécessaire. Les excroissances se sont affaissées au point que, dans la plupart des cas, il en restait à peine des traces, qu'à coup sûr je n'aurais pas reconnues si je n'avais su d'avance quel emplacement elles occupaient. Je possède plusieurs faits de cette nature qui confirment pleinement ce qu'avaient fait déjà pressentir quelques cas de taille dont j'ai parlé précédemment, et dans lesquels on avait laissé subsister des tumeurs fongueuses considérables sans que les malades aient éprouvé d'accidents consécutifs qu'on pût leur attribuer.

A la vérité, nous n'avons aucun moyen de déterminer *a priori* ce qu'il adviendra de la tumeur après l'extraction de la pierre, et le cas est toujours grave. Si l'excroissance, au lieu de diminuer, prend du développement et devient douloureuse, les jours du malade sont compromis. De nouveaux dépôts lithiques ne tardent pas à se former; aux symptômes des fongus et du catarrhe de la vessie se joindront ceux d'une nouvelle pierre, et les angoisses se succèderont au point de rendre la vie insupportable. Ce qu'on doit redouter encore et surtout, c'est la dégénérescence de la production fongueuse, que j'ai observée plusieurs fois, et tout récemment encore.

Du reste, à part les difficultés de l'opération et les conditions

(1) *Deuxième lettre sur la lithotritie*, p. 128.

ge, la destruction des fongus de la vessie par arrache-
ar écrasement n'est, en résumé, ni aussi grave ni aussi
e qu'on pourrait le supposer au premier abord. Ce
e pas d'aujourd'hui que la question se trouve jugée en
puis longtemps, en effet, on a vu des fongus être arra-
rtie ou en totalité dans les manœuvres de la cystoto-
endant les malades guérir. Des faits cités par Covillard,
sault l'attestent sans réplique. Quelques cystotomistes
ion, Baseilhac, par exemple, ont même considéré cette
on comme peu importante (1). Si, dans d'autres cas, la
, avec extraction de pierre et arrachement de fongus,
e de la mort, pourrait-on affirmer que l'issue fatale ait
dépendu de l'existence du fongus? La taille est-elle du
e ces opérations dont le résultat doit être regardé
peu près constant, lorsqu'il n'existe pas de complica-
égard à la lithotritie, quoique les faits qui s'y rappor-
t récents encore, ils suffisent pour rassurer les esprits
In grand nombre d'opérations, dans des cas compli-
été couronnées d'un succès complet; si d'autres se
inées d'une manière moins satisfaisante, on doit se rap-
, dans beaucoup de circonstances où les opérations
ıbsister des états morbides graves, la mort est souvent
de la persistance ou des progrès de ces états, plutôt
ıltat direct de l'action chirurgicale.

plus, qu'il se soit borné à arracher ou à écraser le fon-
l l'ait cautérisé, ou qu'il ait successivement employé
modes de curation, le chirurgien ne doit pas oublier
ureux résultats obtenus d'abord ne se soutiennent pas
Au bout de quelques mois, les premiers symptômes
nt assez souvent : il y a des besoins fréquents d'uriner,
ult et douleur pour y satisfaire; les accidents névral-
ceux du catarrhe vésical surviennent; la santé géné-
re, etc. J'ai été appelé à explorer la vessie dans des cas
re; tantôt je n'ai pas reconnu que l'excroissance fon-
fût reproduite; il n'y avait rien d'apparent qui pût
l'irritabilité du col vésical, qui était telle que les ma-

taille latérale par le périnée. Paris, 1804, in-8.

ladès pouvaient à peine supporter le contact de la sonde, deux cas, je me suis assuré que l'excroissance fongueu reparu, et qu'elle s'était étendue en tous sens, ne faisa toutefois, une saillie assez grande pour qu'on pût la s l'arracher. Je me suis borné à prescrire à l'un et à l'aut lade un traitement palliatif.

§ 4. — Fongus vésicaux chez la femme.

Si les fongosités de l'intérieur de la vessie se montre rarement chez la femme que chez l'homme, c'est le co qu'on observe, pour celles de ces tumeurs qui sont impl dans l'urèthre, et peut-être aussi au voisinage du col vé n'ai à revenir ici ni sur les particularités que peuvent o productions morbides, ni sur les moyens à l'aide desq parvient à les reconnaître. Plusieurs ont un pédicule d'u taine longueur, se projetant vers l'orifice externe du c faisant saillie au méat urinaire, surtout quand la malade fa pour uriner (1).

Lorsque ces tumeurs sont peu volumineuses, et siége du méat urinaire, on peut les exciser à l'aide de ciseaux, dant le bistouri mérite la préférence, si leur point d'impla est plus profond. On se sert utilement alors d'un bistouri à lame étroite, et dont le tranchant n'a qu'une très petite é Dans les cas simples, à pédicule grêle, il suffit, après l'op de cautériser la plaie avec du nitrate d'argent, tandis qu recourir au fer rouge lorsqu'on peut supposer au fongus cines plus profondes. Mais le point important alors est d server les parties saines de l'action du feu. Le moyen q paru mériter la préférence est un petit spéculum bival charnière. A mesure qu'on écarte les lames latéralement où siégeait la tumeur, la partie saignante fait saillie dans l'i ment, et l'on agit sur elle avec toute la précision désirabl

J'ai opéré depuis peu une dame, entre autres, qui avait à l inférieure de l'urèthre, à quelques lignes du méat, une t à base large, qu'on avait inutilement attaquée par diver

(1) *Traité de la lithotritie*, p. 261.

L'excision et la cautérisation que j'ai pratiquées, comme je viens de le dire, ont parfaitement réussi. Chez une autre femme, j'ai arraché un fongus très développé du col vésical, en procédant comme je l'ai pratiqué sur l'homme. On connaît divers exemples de destruction de fongus encore plus volumineux, soit par la ligature, soit par l'instrument tranchant.

Chez une femme de vingt-trois ans, traitée par Warner, et dont Boyer rapporte l'observation, une tumeur du volume d'un œuf de poule d'Inde, implantée par un large pédicule près du col de la vessie, obstruait l'urèthre et s'y engageait au point de faire au méat urinaire une saillie parfaitement appréciable (voy. fig. 13, p. 112), mais qui disparaissait dès que la malade cessait de faire des efforts. Elle occasionnait de grandes difficultés d'uriner, et entretenait des hémorrhagies et des douleurs intolérables, qui avaient beaucoup affaibli la malade. Warner se décida à extirper cette tumeur. « Lorsque la vessie se trouva pleine, dit-il, j'ordonnai à la malade de faire des efforts comme pour uriner; par ce moyen la tumeur sortit un peu; je saisis cette partie avec une aiguille courbe enfilée, et j'y passai plusieurs fils en différents sens. Je tâchai alors de la tirer hors de l'urèthre, mais je ne pus y parvenir à cause de sa grandeur. Cette difficulté m'engagea à dilater le conduit urinaire du côté droit, ce que je fis en le coupant jusqu'à mi-chemin du col de la vessie; tirant ensuite la tumeur vers moi, j'eus la facilité de la lier autour de sa base, qui se trouva fort large. L'excroissance se détacha le sixième jour après sa ligature. Elle approchait de la grosseur d'un œuf de poule d'Inde, et lui ressemblait un peu par sa figure.

» Les trois premiers jours après l'opération, la malade se plaignit d'une grande douleur dans le bas-ventre.

» Dès le premier jour de la ligature, elle urina sans aucun secours. Elle se porte bien, aujourd'hui, à tous égards. »

§ 5. — Tumeurs fongueuses considérables, inaccessibles aux opérations.

Relativement aux fongus, aussi bien qu'à toute autre lésion de la vessie, le traitement embrasse deux questions principales : 1° la destruction de la production morbide; 2° le rétablissement

du cours de l'urine. Dans certains cas, le double résultat peut être complétement obtenu : dans d'autres, la lésion est tellement grave et avancée, que l'art doit renoncer au premier, et que le second n'est pas toujours atteint.

Les nouveaux procédés que j'ai décrits ne sont généralement applicables, je le répète, qu'au cas de petits fongus, de ceux surtout qui reposent sur un pédicule. Lorsque les tumeurs ont acquis un grand développement, elles repoussent fréquemment l'emploi de ces moyens, et s'opposent même à l'introduction des instruments avec lesquels on pourrait les attaquer, ou seulement les reconnaître. Ce que le praticien doit chercher alors, aussi bien que dans les cas de tumeurs volumineuses de la prostate, c'est d'abord de remédier aux difficultés d'uriner que le fongus détermine, soit par l'irritation ou la phlegmasie qu'il entretient au col vésical, soit lorsqu'il vient à obstruer l'urèthre, ou à changer tellement sa direction, que le liquide contenu dans la vessie ne peut être expulsé. Ici se présentent des circonstances graves, qui méritent au plus haut point de fixer l'attention du praticien.

Avant la découverte de la lithotritie, la chirurgie n'intervenait le plus ordinairement que pour remédier à la rétention d'urine. Les faits enregistrés dans nos annales le prouvent en toute évidence. Ce qui constituait alors la pratique générale, se réduit aujourd'hui à certains cas seulement, surtout à ceux dans lesquels on a laissé prendre à la maladie un très grand développement ; mais ces cas, tels qu'ils se présentent, forment l'une des plus tristes pages de la chirurgie; à leur sujet, trois points principaux sont à examiner :

1° *Cathétérisme, ses difficultés et ses dangers.*

La conduite à tenir, dans ces graves circonstances, est à peu près la même que celle que j'ai indiquée à l'occasion des engorgements considérables de la prostate, avec cette différence, toutefois, que la tumeur se trouvant plus loin, dans l'intérieur de la vessie, l'introduction de la sonde exige des précautions sur lesquelles je dois insister. Il serait inutile de reproduire ici les développements dans lesquels je suis entré, relativement à la cour-

..., au volume, à la longueur des sondes, et à ce qu'on peut obtenir de leur emploi. Quant à la manière de les introduire, il faut se rappeler seulement que, dans les cas de fongus, la déviation, ou la déformation du col de la vessie, qui mettent obstacle au passage de l'instrument, se trouvent, en général, plus en arrière que lorsqu'il s'agit de la tuméfaction prostatique. Souvent on retrouve aussi, dans ces cas, particulièrement dans ceux qui sont compliqués, le refoulement en arrière du col vésical, sur lequel j'ai appelé l'attention des praticiens, et qui donne, à la partie profonde de l'urèthre, une longueur hors de toute proportion avec ce qu'on observe dans l'état normal. Aussi voyons-nous les chirurgiens les plus expérimentés, Chopart entre autres, prendre alors des algalies fort longues. Mais ce n'est pas seulement la longueur qu'il faut rechercher : un certain degré de grosseur et de courbure est surtout indispensable (1). Chopart conseillait de donner à la sonde un peu moins de volume et de courbure qu'à l'ordinaire. A la vérité, il avait en vue, du moins dans quelques cas, de perforer la tumeur saillante au col vésical; mais il faut convenir qu'on ne pouvait pas être plus mal inspiré quant à la courbure de l'instrument destiné à pénétrer dans la vessie, puisque l'état morbide qui nous occupe exige, au contraire, qu'on augmente notablement cette courbure.

Les explorations auxquelles il faut recourir, et qui doivent être dirigées comme je l'ai indiqué, en traitant des barrières uréthro-vésicales et des lésions de la prostate, apprennent bientôt que l'obstacle est à une grande profondeur, et à une distance telle que la sonde se trouverait dans la vessie s'il n'existait une disposition morbide au col de cet organe. Elles font connaître aussi dans quel sens s'est opérée la déviation, et permettent de juger si cette déviation est brusque ou prolongée. Une fois en possession de ces données, on peut procéder à l'introduction de l'algalie. Dès qu'elle est arrivée à l'obstacle, on dirige son extrémité de manière à contourner la tumeur plutôt qu'à butter contre elle. Il faut donc chercher moins à pousser la sonde qu'à l'incliner dans le sens utile : il faut l'appuyer avec lenteur, sans brusquerie, sans violence, sans secousse; on évitera, avec grand soin, de la retirer

(1) Voy. t. II, p. 134 et suivantes.

et de la repousser alternativement, ce qui n'est que trop dans les habitudes des chirurgiens. C'est en procédant avec cette patience et cette circonspection que je suis constamment parvenu à la placer dans la vessie, sinon sans douleurs, quoiqu'elles soient généralement légères, du moins sans produire de désordres.

Il y a un écueil qu'il importe par-dessus tout de s'attacher à éviter : c'est l'emploi de la violence, dont j'ai fait connaître les inconvénients et les dangers. Il ne sera pas inutile de citer à l'appui de ces principes de nouveaux faits, et de reproduire avec quelques développements les observations que j'ai publiées ailleurs (1). L'importance du sujet me fera pardonner ces quelques répétitions.

Nous avons déjà vu qu'on fait souvent des fausses routes au col de la vessie. Les cas de fongus offrent des exemples nombreux de cet accident, avec lequel plusieurs praticiens s'étaient familiarisés au point de l'ériger en précepte, allégation soutenue encore aujourd'hui par des hommes qui font autorité.

Lafaye fut appelé pour sonder Astruc, affecté de rétention complète d'urine. N'ayant pu parvenir dans la vessie avec la sonde ordinaire, ce chirurgien transperça, au moyen d'une sonde à dard, une tumeur qu'il avait reconnue au col vésical, et qui s'opposait au passage de l'algalie. Le succès couronna son entreprise : il retira le dard, et l'urine s'écoula. Au bout de quinze jours, il remplaça la sonde par une plus grosse. Bientôt l'urine commença à couler entre l'instrument et le canal. Plus tard encore, Astruc put uriner sans sonde ; on n'introduisait celle-ci que le matin et le soir, pour vider entièrement la vessie. Cependant il survint de nouvelles rétentions d'urine. Lafaye seul pouvait faire pénétrer une sonde, dont il dirigeait l'extrémité un peu à gauche, lorsqu'elle était parvenue à l'obstacle. Le malade vécut dix ans dans cet état. On trouva, après la mort, un fongus sarcomateux, dur, résistant, de la grosseur du poing, dont les deux tiers se voyaient dans la cavité de la vessie, et l'autre tiers occupait le col jusque vers le *verumontanum*. Lafaye reconnut la fausse route qu'il avait faite avec la sonde sur la partie latérale gauche de cette tumeur, et par laquelle l'urine s'écoulait.

(1) Voy. t. II, p. 363, 380 et suiv.

Chopart, qui rapporte ce fait, en cite quelques autres, dont voici le résumé :

Appelé pour sonder un homme de soixante-douze ans, attaqué de rétention d'urine, et chez lequel aucune tentative de cathétérisme n'avait encore été faite, Chopart s'assura que l'urèthre était libre, et que l'obstacle résidait au col de la vessie. Il prit une sonde très longue, de moindre calibre qu'à l'ordinaire, et l'enfonça avec force dans la direction du canal urinaire. L'instrument pénétra dans la vessie ; il sortit peu de sang et une grande quantité d'urine rougeâtre, de mauvaise odeur. Le malade souffrit beaucoup. Le lendemain, l'urine devint plus sanguinolente ; il y eut de la chaleur et de la douleur dans le bassin, de la fièvre, de l'agitation. Malgré les soins les mieux appropriés, ces symptômes s'aggravèrent ; le ventre devint tendu et douloureux ; il s'y joignit des hoquets, des vomissements, du délire, et le malade succomba le douzième jour. On trouva, vers la partie moyenne du trigone vésical, un fongus sarcomateux, du volume d'un œuf de poule, dur, immobile, qui se prolongeait dans le col vésical et l'obstruait. Cette tumeur avait été percée par la sonde, à sa partie supérieure et latérale droite, dans l'étendue de 5 centimètres. Le trajet de l'urèthre se continuait du même côté que la fausse route ; mais un peu plus bas, à 15 millimètres de distance, il était si étroit qu'à peine un stylet y pouvait passer. La dissection de la tumeur y montra une substance fibreuse, cellulaire, blanchâtre, continue avec les tuniques du trigone et la partie supérieure de la prostate ; celle ci avait le double du volume normal et une dureté très grande.

Dans un autre cas, on découvrit, de chaque côté de la crête uréthrale, une ouverture qui conduisait à un canal commun traversant la partie moyenne de la prostate, à la distance de 5 millimètres de l'urèthre, et allant s'ouvrir dans la vessie, derrière une fongosité qui existait au sommet du trigone. Cette fausse route passait au-dessous d'une bride membraneuse mince, dirigée transversalement, et de 4 millimètres environ de longueur : c'était un des replis ou barrières uréthro-vésicales dont j'ai parlé plus d'une fois. Le même sujet portait une autre fausse route incomplète, qui commençait à la partie membraneuse de l'urèthre, et se continuait à travers l'épaisseur de la prostate,

dans l'étendue de 4 à 5 centimètres; il n'y avait plus qu'un centimètre de la glande à traverser pour qu'elle s'ouvrît dans la vessie. Du reste, la prostate, qui avait le double de son volume ordinaire, paraissait saine d'ailleurs.

Un religieux sexagénaire eut une rétention d'urine. On appela le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui le sonda, puis retira l'instrument, après avoir vidé la vessie. La rétention se reproduisit le même jour, et il fut impossible de replacer la sonde. Le frère Côme, dont l'assistance fut réclamée, reconnut qu'on avait fait une fausse route, et parvint cependant à réintroduire l'instrument dans la vessie. Le malade survécut plusieurs années. A sa mort, on découvrit un canal artificiel qui s'ouvrait dans la vessie, près de son col, et dans l'urèthre vers sa partie membraneuse. Ce canal, résultat de la fausse route, s'étendait entre la prostate et le rectum. Le conduit naturel n'était cependant pas effacé. Il paraît que l'urine se partageait entre les deux voies.

A ces faits anciens, qui se rapportent aux lésions de la prostate autant qu'aux fongus, j'en ajouterai un fort curieux tiré de la pratique moderne. Comme il me sera nécessaire de le mentionner encore à l'article du cancer vésical, je n'en transcrirai ici que ce qui concerne la fausse route. Il s'agit d'un Espagnol, qui éprouvait depuis longtemps des difficultés d'uriner, et qui eut même des rétentions complètes d'urine. Ce malade fut mis à l'usage de la sonde, qu'il apprit à introduire lui-même. Mais un moment arriva où les difficultés augmentant, un chirurgien fut appelé et crut reconnaître dans la vessie une tumeur fongueuse, à laquelle il attribua les désordres. Plus tard, s'étant aperçu de l'existence d'une pierre, il essaya de la broyer, mais y renonça après plusieurs tentatives. Au bout de quelque temps le malade mourut. On trouva la prostate tuméfiée, dure, squirrheuse. Sur cette glande était implantée une tumeur du volume d'un œuf. Il y avait trois fausses routes conduisant dans la vessie : une au-dessus de la prostate, et les deux autres traversant cet organe. Le véritable canal était au-dessus de celles-ci, et fortement déjeté à gauche. Le chirurgien paraît n'avoir ni reconnu l'état de la prostate, avant de procéder à l'opération, ni les fausses routes, lorsqu'il tenta la lithotritie; ce qu'on a de la peine à concevoir, car l'instrument devait présenter des incli-

maisons différentes selon qu'il suivait l'une ou l'autre des quatre voies, et arriver dans la vessie à des points différents. Mais l'auteur ne dit rien des dispositions que ces fausses routes présentaient, soit dans leur trajet, soit à leurs orifices. On le regrette d'autant plus que le fait est d'ailleurs plein d'intérêt.

Quelques praticiens, pénétrés des inconvénients et des dangers des fausses routes au col de la vessie, dans les cas de fongus aussi bien que dans tout autre, ont proposé, pour les reconnaître et les éviter, divers moyens dont ils se sont exagéré l'importance. Chopart dit qu'en introduisant le doigt dans le rectum, il a reconnu la sonde engagée entre cet intestin et la prostate, et assure être parvenu à dégager l'instrument de la fausse route : « En le portant au-devant de la glande, je tâchai de la percer ou d'y frayer une voie le long de sa partie supérieure et du col de la vessie, pour parvenir dans la cavité du viscère; tous mes efforts furent infructueux ; je retirai la sonde, qui avait augmenté de courbure par ces tentatives. » Ce n'est pas sans dessein que j'ai cité textuellement, car il est question d'un grand praticien et d'un cas très grave. L'auteur dit avoir pu distinguer, à l'aide du doigt introduit dans l'anus, que la sonde s'engageait dans une mauvaise voie, entre le rectum et la prostate. Il a donc dû, tout en employant une grande force pour la faire pénétrer, lui imprimer une bien mauvaise direction. Une erreur aussi grave étonne de la part d'un chirurgien habile, car il ne s'agit de rien moins que d'une différence notable entre la véritable direction du canal et celle du chemin qu'avait pris la sonde. Nous ne savons rien de positif à l'égard de la situation de la fausse route, l'auteur n'en parlant pas lorsqu'il fait le récit de l'ouverture du corps.

La fig. 15, tirée du volume précédent, donne une idée des désordres que peut entraîner le cathétérisme au col vésical alors même qu'il n'existe pas d'obstacle très sérieux. Les soies placées dans les trajets fistuleux indiquent les points par lesquels la sonde a pénétré dans la cavité vésicale.

Je l'ai dit en parlant des lésions de l'urèthre et du col vésical, mais, on ne saurait trop le répéter : le doigt introduit dans l'anus suffit pour éclairer le praticien, tant que la sonde se trouve dans la partie membraneuse de l'urèthre. Mais une fois que l'instrument s'engage dans la partie prostatique du canal, si la glande

est tuméfiée, dure, volumineuse, le doigt ne donne plus aucun renseignement, à moins que l'algalie ne se soit fourvoyée entre la prostate et le rectum. Dans les cas de fongus, que l'on confond si souvent avec les engorgements prostatiques, le toucher par le rectum est encore moins sûr : car la tumeur qui met

Fig. 15.

obstacle à l'introduction de la sonde se trouve plus en arrière et plus haut que la glande, dont l'état morbide n'est alors qu'une circonstance éventuelle et accessoire.

La fig. 16, que je reproduis d'après M. Cruveilhier (1), indique la route tracée par la sonde dans la région prostatique de l'urèthre et à travers la tumeur du col.

On ne saurait trop se pénétrer de cette vérité, que le changement de direction de l'orifice interne de l'urèthre est alors la cause prédominante des difficultés du cathétérisme, et qu'il vaut mieux faire suivre à la sonde la nouvelle inclinaison que le canal affecte, que s'obstiner à forcer l'obstacle dans le sens de sa direction normale, comme le recommandent à tort la plupart des écrivains. Il suffit de se représenter les effets que les tumeurs produisent à l'orifice interne de l'urèthre, pour sentir les vices

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, 17e livraison.

de cette dernière pratique, laquelle conduit presque nécessairement à faire fausse route.

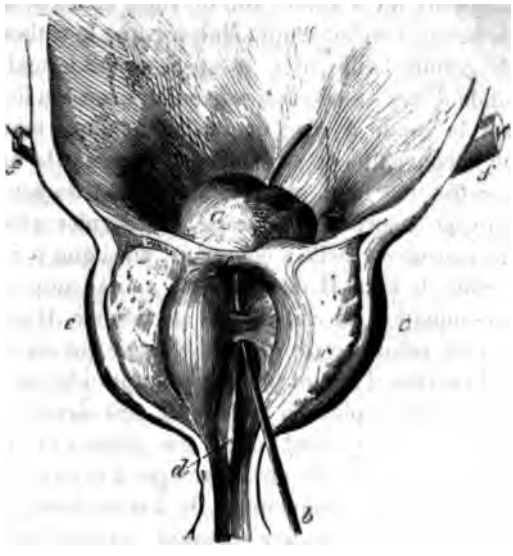


Fig. 16.

2° Conduite à tenir, après l'introduction de la sonde, pour rétablir les fonctions de la vessie.

Une fois que la sonde est parvenue dans la vessie, le malade se trouve instantanément soulagé des angoisses de la rétention d'urine. Si le cathétérisme a été facile, s'il a eu lieu sans causer de désordres, il est rare qu'il survienne des accidents, quelquefois même il suffit de faire cesser la première rétention d'urine, pour que la miction se rétablisse, au moins pour quelque temps.

[1] Fig. 16. — *a.* Tumeur que M. Cruveilhier désigne sous le nom de *végétation prostatique* et qui oblitère l'orifice interne de l'urèthre.

b. Sonde introduite dans la vessie après avoir perforé la face inférieure de l'urèthre derrière le vérumontanum ; elle rentre dans le canal, et perfore ensuite l'orifice vésical de l'urèthre et la tumeur qui y adhère.

c, c. Coupe de la prostate faisant connaître l'épaisseur de cette glande.

d. Crête urèthrale.

e. Bride transversale de l'orifice vésical, s'étendant d'un lobe à l'autre de la prostate, et envoyant des faisceaux fibreux à la tumeur prostatique. M. Cruveilhier considère cette bride comme musculeuse.

f, f Urètères dont le gauche est très volumineux.

Dans beaucoup de ces cas, néanmoins, il faut, comme dans les tumeurs volumineuses de la prostate, soumettre le malade à l'usage temporaire de la sonde, afin de vider la vessie aussi souvent que le besoin s'en fait sentir. Mais lorsque le cathétérisme a présenté de grandes difficultés, et aussi quand le malade n'est pas en position d'être sondé aussi souvent que son état le réclame, il faut fixer la sonde à demeure et même d'une manière très solide; car la convexité de sa courbure poussant la tumeur en arrière et en bas, elle tend, par le mouvement de soulèvement qu'elle en reçoit, à sortir de la vessie. Ce dernier phénomène, dont le mécanisme est facile à concevoir, ainsi que j'en ai fait la remarque dans le tome II de ce Traité, a beaucoup de portée dans la détermination de chaque cas particulier. Il prouve que la tumeur a du volume et de l'élasticité, et ce qui est plus significatif, il a lieu avec d'autant plus de promptitude, que la masse fongueuse est située plus en arrière et agit davantage sur la partie courbe de l'instrument; car si son action s'exerçait sur la partie droite de celui-ci, elle ne tendrait pas à le chasser, puisque son effort serait dirigé uniquement de bas en haut, au lieu de l'être en même temps d'arrière en avant, comme dans le premier cas.

Au bout d'un à trois jours, on remplace la sonde métallique par une autre en gomme élastique, de volume à peu près semblable. Il est très rare qu'on éprouve des difficultés pour introduire cette dernière, pourvu toutefois que l'on procède immédiatement à la substitution. On essaye d'abord une sonde courbe et sans mandrin, et l'on n'a recours à ce dernier que dans le cas où la sonde flexible ne pénètre pas sans cet appui. A dater de ce moment, on change la sonde tous les huit à dix jours, et plus fréquemment si elle produit de la douleur, ce qui fait présumer qu'elle s'encroûte de dépôts urinaires. L'introduction devient de plus en plus facile, et le séjour de l'instrument de moins en moins pénible pour le malade. L'irritation, la fièvre, le catarrhe, etc., qui existaient dans les premiers temps, disparaissent; l'urine reprend ses qualités naturelles. Si la vessie possède une certaine puissance d'expulsion, le liquide sort entre la sonde et le canal, et bientôt le malade recouvre la faculté d'uriner naturellement.

Ce sont là les cas les plus simples et les plus heureux. La tumeur s'est affaissée par la pression que la sonde a exercée sur elle; le cours de l'urine s'est rétabli, probablement aussi par la modification que la présence de l'instrument a imprimée au mode de vitalité du col et du corps de la vessie. Laissons toutefois les explications de côté : ce qu'il y a d'important, c'est que le fait a lieu, et que même il n'est pas rare. Le malade se croit guéri. Mais il ne faut pas le perdre de vue, car à tout instant il peut être pris d'une nouvelle rétention d'urine. Le liquide forme d'ailleurs des dépôts que l'on doit étudier avec d'autant plus de soin, que c'est par eux que l'on juge du degré d'irritation ou de phlegmasie de la membrane muqueuse vésicale. J'ai sous les yeux un grand nombre d'hommes que j'ai traités de cette maladie, et chez la plupart desquels je suis parvenu à rétablir l'excrétion naturelle de l'urine; mais je ne cesse de les observer. S'ils voyagent, ce n'est jamais qu'avec de grandes précautions. Presque tous ont appris à se sonder, au besoin, avec des sondes courbes sans mandrin. Dans le cas où des difficultés d'uriner surviendraient à l'improviste, il y aurait moins de danger à ce que le malade se servît lui-même de la sonde flexible, qu'à ce qu'il réclamât les soins d'un praticien peu exercé, qui, ignorant la nature de l'obstacle et la direction anormale du col vésical, serait fort exposé à produire des désordres.

Dans quelques cas d'affection plus ancienne, avec atonie considérable des parois vésicales, le cours normal de l'urine ne se rétablit point par le seul fait du séjour temporaire de la sonde, et les sujets ne parviennent à se débarrasser du liquide qu'en portant une sonde à demeure, ou en se sondant chaque fois que le besoin se manifeste. Ce dernier mode mérite la préférence; malheureusement il n'est pas toujours applicable. Je dois renvoyer, sur ce point, à ce que j'ai dit en traitant des lésions de la prostate et de la stagnation de l'urine.

Lorsque, par suite de difficultés imprévues ou de manœuvres violentes et hasardées, on n'est parvenu dans la vessie qu'en se frayant une voie artificielle à travers la prostate ou le fongus, la mort du malade peut s'ensuivre, ainsi que le constatent des faits nombreux, de plusieurs desquels j'ai donné les détails. Je me bornerai à relater ici le suivant, d'après Chopart. Trois jours

après l'introduction d'une sonde d'argent, il survint, de chaque côté de la verge, près du pubis, une tumeur dure, rénitente, située dans les corps caverneux ; la peau qui la couvrait était mobile. Deux jours plus tard, la verge entière se tuméfia, le gonflement gagna l'hypogastre, et il se manifesta du ténesme. On remplaça l'instrument en métal par un autre flexible : mais la tuméfaction du pénis persista, le cours de l'urine devint moins libre, et ce liquide ne s'écoula plus que goutte à goutte. Au quinzième jour, les accidents se calmèrent ; l'urine passa entre la sonde et le canal ; seulement l'urèthre était dur, surtout au gland et au périnée ; on retira l'instrument. L'urine, qui s'échappa d'abord avec facilité, finit par s'arrêter de nouveau ; le périnée et le scrotum s'infiltrèrent ; on ne put remettre la sonde en place ; du pus et de l'urine furent rendus par l'urèthre ; le dévoiement, la fièvre et les convulsions précédèrent la mort. Entre autres lésions, on découvrit, à un demi-pouce de l'orifice du col vésical, près de la base du trigone, une ouverture par laquelle un stylet pénétrait, à travers la prostate, jusqu'à la partie antérieure de cette glande et à la région membraneuse de l'urèthre, où existait une crevasse. Le scrotum, la verge, le périnée étaient infiltrés d'urine, et présentaient des foyers purulents. La prostate avait 9 centimètres de long sur 6 d'épaisseur ; son tissu était mollasse et infiltré d'une matière roussâtre. Le trajet de la fausse route était noirâtre, livide et putréfié. La dureté du corps de la verge provenait d'une infiltration d'humeur visqueuse, plus épaisse dans les corps caverneux que dans les tuniques de l'urèthre et la substance du gland.

Toutefois cette fâcheuse terminaison n'est pas inévitable. Quelques malades, à l'exemple d'Astruc, recouvrent, sinon une santé parfaite, du moins une existence supportable. Mais une période critique sépare l'accident du rétablissement de la fonction. C'est dans ces cas surtout que l'on voit survenir les désordres dont nos prédécesseurs ont tracé un si véridique tableau, et qui entraînent trop souvent des suites graves. C'est alors aussi que se manifestent des dépôts urineux au périnée, dans le petit bassin ou sur le trajet de l'urèthre, des phlegmasies des testicules et de leurs dépendances, etc. Quelquefois même il y a infiltration d'urine, comme j'ai été deux fois en position de m'en

convaincre. Mais, dans certains cas aussi, le travail inflammatoire s'accomplit sans qu'on parvienne à découvrir la moindre trace de cet accident.

Souvent, et surtout après l'usage de la sonde à demeure, on observe de nombreuses différences dans l'émission de l'urine, lorsque les malades recommencent à la rendre naturellement. Dans cette circonstance, comme dans une foule d'autres, on peut apprécier la portée de l'influence que l'action vitale du col et du corps de la vessie exerce sur les reins. Évidemment, on ne saurait attribuer exclusivement les variations dans la quantité du liquide rendu à l'action mécanique de l'obstacle, du moins lorsqu'il s'agit d'une de ces tumeurs anciennes, dures, squirrheuses et à base large, qui restent stationnaires. Il n'est pas dans leur nature de produire les effets variés qu'on remarque alors. Ce qu'il est surtout nécessaire de ne pas perdre de vue, c'est qu'on voit fort souvent l'urine couler en apparence aisément, mais involontairement. Or, c'est là un cas fort insidieux, car le flux n'a lieu que par regorgement, le trop-plein seul est expulsé, et la vessie demeure distendue. Je démontrerai ailleurs que c'est là une cause des plus grands désordres; ici je me contenterai d'en citer un exemple, emprunté à Fabrice de Hilden.

Un homme affecté de rétention d'urine avait le ventre dur, tendu, résistant et volumineux comme celui d'une femme enceinte. La sonde évacua plus de 2 kilogrammes et demi d'urine. On négligea le lendemain de la réintroduire, et il n'y eut pas d'excrétion. Les jours suivants, l'instrument fit sortir chaque fois une quantité considérable de liquide, mêlé tantôt à du sang, tantôt à du pus. Au bout de quelque temps, il ne fut plus possible de faire arriver la sonde jusque dans la vessie. On eut recours aux lavements, aux fomentations, aux demi-bains : l'urine reparut. On administra 2 gros de térébenthine : il sortit avec l'urine une matière blanche, épaisse et très solide. Cependant la région hypogastrique était élevée et dure, ce qui persista durant quinze jours; après quoi la tumeur s'affaissa, l'urine redevint claire, moins fétide, et sortit sans difficulté, mais involontairement. Une petite diarrhée éclata et dura quatre jours : les urines s'écoulèrent ensuite par l'anus, tantôt seules, tantôt mêlées aux excréments, et il n'en sortit plus par l'urèthre. Du reste, il n'y

avait pas de douleurs; les forces et l'appétit se soutenaient; mais le malade les perdit tout à coup, et mourut. A l'ouverture du corps, on trouva dans la vessie une tumeur squirrheuse, adhérente à son col, du volume d'un œuf de poule et du poids de 60 grammes. Au-dessous de cette tumeur, était un ulcère arrondi, qui faisait communiquer la vessie avec le rectum. Cet intestin, de même que le col vésical, était livide. Les deux reins, très volumineux, étaient parsemés de vésicules pleines de sérosité.

Si l'on ne pouvait parvenir à introduire la sonde dans la vessie, ce qui est arrivé à des praticiens fort habiles, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la ponction, comme le fit Agasson, qui ne trouva pas d'autre moyen pour faire cesser la rétention d'urine. Ces cas appartiennent d'ailleurs à la catégorie de ceux dont j'ai parlé dans d'autres chapitres. Ce qu'il faut avoir en vue, lorsqu'on les rencontre, ce n'est pas tant la tumeur fongueuse du col vésical, que la rétention d'urine; et, malgré tout ce qu'on a pu dire en faveur du transpercement des tumeurs, on ne saurait se montrer trop réservé dans le parti à prendre à cet égard. Souvent, je le répète, il vaudrait mieux recourir à la ponction hypogastrique, ne fût-ce que pour se donner le temps de pratiquer le cathétérisme dans des circonstances plus opportunes; car on n'échoue souvent, en pareil cas, que par les dispositions anormales et l'extrême irritabilité qui accompagnent la réplétion de la vessie et le pressant besoin d'uriner. Il en est des fongus comme des maladies de la prostate, et de presque tous les états morbides qui entraînent la rétention d'urine : à l'obstacle matériel se joint un effet vital, d'organisme et de contraction, qui aggrave les difficultés, et qui peut même en être la principale source. Or, l'expérience a prouvé que, quand on a du temps devant soi, on parvient généralement à écarter cette complication et à rendre le cathétérisme possible.

3° *Traitement consécutif.*

Lorsque le chirurgien a dissipé les premiers accidents et rétabli temporairement les fonctions de la vessie, qu'elle marche lui reste-t-il à suivre? Quelques malades se trouvent dans

le cas de ceux chez lesquels les tumeurs fongueuses sont reconnues de prime abord et avant qu'aucune rétention grave d'urine se soit produite. Il peut se faire que les procédés indiqués précédemment soient applicables; mais il est possible aussi que la maladie doive être abandonnée à elle-même. Dans ce dernier cas, tout n'est pas encore désespéré. Plusieurs faits anciens, et d'autres que la pratique amène souvent sous nos yeux, prouvent que des tumeurs fongueuses même considérables de la vessie sont susceptibles de rester longtemps stationnaires. Le malade n'a que peu de précautions à prendre pour conserver la faculté d'uriner, sinon très bien, du moins passablement. L'introduction de la sonde, une ou plusieurs fois par jour, et quelques injections, font la base du traitement spécial. Certains hommes supportent la sonde à demeure, pour ainsi dire impunément, pendant de longues années. Dans ces divers cas, il y aurait plus que de la témérité à tenter des moyens violents dont le résultat serait fort incertain. Quant aux nouveaux procédés, la pratique n'a point prononcé. Je n'ai encore attaqué que deux fongus volumineux, l'un au col et l'autre dans la cavité du corps de la vessie. On a vu les détails de ces faits. L'événement donne à penser que la nouvelle méthode perdrait alors la plupart de ses avantages.

Quant au conseil donné par Platner, et reproduit par Warren, de recourir à la cystotomie, il se trouvera sans doute peu de chirurgiens qui se décident à pratiquer une si grave opération, uniquement pour tenter la destruction d'une tumeur sur le compte de laquelle on ne saurait acquérir préalablement que des notions insuffisantes, et qui pourrait bien se montrer rebelle à tel point qu'on aurait fait la taille en pure perte. Il n'en est pas de cette dernière comme de la lithotritie. On ne peut y avoir recours à titre d'essai. Dès qu'on a commencé, il faut aller jusqu'au bout. Ici, d'ailleurs, on ne peut tenir les parois de la vessie écartées, de manière à manœuvrer aisément dans le viscère; une fois l'incision faite, l'urine ou l'injection s'écoule, et les parois, en se contractant, s'appliquent sur la tumeur, qu'elles enveloppent et coiffent, rendant ainsi très difficile de la lier ou de l'exciser sans les intéresser elles-mêmes. Ajoutons encore qu'à l'exception d'un petit nombre de cas, la situation de cette

tumeur la met, pour ainsi dire, hors de la portée des doigts. Qu'il opère par le périnée ou par l'hypogastre, le chirurgien ne s'ouvre jamais qu'une voie étroite ; il serait donc réduit à s'armer d'instruments, et ceux-ci, lorsqu'ils agissent sur un corps organisé, sont presque toujours impropres à lui transmettre les sensations avec toute l'exactitude désirable. Au reste, la question est déjà jugée par l'expérience ; car nous connaissons les résultats auxquels on est arrivé lorsque, après avoir pratiqué la taille pour enlever une pierre, en a tenté l'extirpation des fongus qui accompagnaient le corps étranger. Ces résultats ont été généralement peu favorables.

4° *Appréciation de la nouvelle méthode de traiter les fongus de la vessie.*

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ont dû faire pressentir que les nouveaux moyens, dont j'ai proposé l'emploi pour le traitement des fongus vésicaux, ne sont applicables que dans certains cas, au début de la maladie, ou du moins lorsque la production morbide n'a pas pris un développement qui empêche l'introduction des instruments et leur manœuvre dans la vessie. Pour juger ces moyens, il faut se borner strictement aux cas qui sont susceptibles de les admettre. L'exagération dans l'application des nouveaux procédés est un écueil qu'on ne sait pas toujours éviter en chirurgie. Soit que les indications n'aient pas toute la précision désirable, soit que les hommes inexpérimentés outre-passent les bornes qui ont été posées, il arrive souvent qu'on procède en dehors des règles, qu'on met en oubli la méthode et les prescriptions, et que n'obtenant pas les avantages attendus, on se hâte de juger et de condamner sur de mauvais éléments. Ce qu'il y a de plus affligeant encore, c'est que les hommes les plus graves ne se garantissent pas toujours de semblables légèretés. Il me serait facile d'ajouter à ces remarques des noms propres, qui leur donneraient plus de piquant ; mais la science n'en retirerait aucun profit. J'ai dû seulement placer ici ces réflexions, parce que les procédés à l'aide desquels j'ai proposé de combattre les tumeurs fongueuses du corps et du col de la vessie, spécialement celles qui sont pédiculées, n'ont point été

[illegible] d'abord avec une grande faveur. Quelques personnes, trop promptes à se prononcer, agirent à leur égard comme on avait fait envers la lithotritie, c'est-à-dire les renvoyèrent dans le pays des chimères, et n'épargnèrent pas les sarcasmes à l'auteur, sans même tenir compte des faits anciens que je viens de citer, et qui sont à l'appui d'opinions différentes. Tout porte à croire que si l'application de ces nouveaux procédés avait pu se reproduire aussi souvent, et avoir autant d'éclat que celle de la lithotritie, j'aurais eu de nouvelles luttes à soutenir. Il m'a été facile de démontrer que les détracteurs n'avaient pas même pris la peine d'examiner les moyens qu'ils critiquaient avec tant d'amertume. Dès qu'ils eurent consenti à jeter les yeux sur un appareil de lithotritie, et à se rendre un compte exact de la manière dont on opère, ils comprirent aisément qu'on peut, à l'aide de son emploi raisonné, reconnaître, saisir, arracher, écraser un fongus vésical pédiculé tout aussi bien qu'une pierre logée dans la cavité du viscère. Alors ils se sont rejetés sur les difficultés de l'opération, sur la finesse de tact qu'elle exige, sur les accidents qu'elle pourrait entraîner, n'étant pas faite convenablement. A tout cela, il était aisé de répondre ; car, sans méconnaître qu'une plus grande somme de difficultés se trouve réunie dans les cas en question, il est évident que les reproches adressés aux nouveaux procédés sont applicables à toutes les opérations chirurgicales sans exception. Aussi, tout en exposant les résultats que j'ai obtenus, n'ai-je pas laissé ignorer ce qu'il m'avait fallu de recherches pour parvenir à opérer avec précision. Ce que j'ai fait, d'autres le feront : j'ajouterai qu'ils devront le faire plus facilement, et probablement aller plus loin, la route étant déjà tracée et les premiers obstacles aplanis. Quelque longue et fatigante que soit cette éducation manuelle pour ainsi dire, c'est la seule qui conduise sûrement au but. Or, ce but est tel qu'il ne faut rien négliger pour l'atteindre ; car soustraire un malheureux malade aux angoisses que produisent certains fongus pédiculés, contre lesquels tout a été impuissant jusqu'ici, vaut bien la peine qu'on fasse quelques sacrifices de temps, de travail et d'expérience.

Mais si l'on veut suivre, à l'égard de la nouvelle méthode, la marche que l'on adopte trop généralement dans la chirurgie mo-

derne; si l'on veut pratiquer une opération qu'on ne connaît pas suffisamment, si l'on va manœuvrer au hasard dans une vessie malade, etc., c'est sur des revers qu'il faut principalement compter. Ceci n'est pas seulement un acte de légèreté, c'est une mauvaise action, imputable au chirurgien (1).

CHAPITRE VI.

DU SQUIRRHE ET DU CANCER DE LA VESSIE.

L'usage est devenu assez général de considérer le squirrhe et le cancer de la vessie comme formant des maladies spéciales par leur origine et leur nature, au milieu de celles dont le réservoir de l'urine peut être atteint. Cette hypothèse n'a rien qui doive surprendre. En effet, l'insuffisance des moyens d'exploration employés jusqu'à nous, l'absence presque complète de symptômes propres à faire découvrir le début de la maladie, ou du moins le

(1) Ceux qui se sont tenus au courant de l'histoire de la lithotritie ont dû être frappés d'une circonstance vraiment singulière. Durant une période d'environ trente années, chaque travail nouveau que j'ai présenté sur les maladies de l'appareil urinaire a tellement fixé l'attention d'un de mes confrères, que, peu de jours après, on l'a vu adresser, soit aux journaux, soit aux académies, une communication ou un mémoire sur le même sujet. La même chose ne pouvait manquer d'avoir lieu pour le nouveau traitement des fongus vésicaux. Un tel empressement à reproduire mes travaux m'aurait beaucoup flatté sans doute, si ce chirurgien n'avait suivi, dans cette circonstance, la marche qu'il a adoptée dès le début de sa carrière. Pour mieux faire ressortir ce qu'il avait intention de produire, il a exposé inexactement ce que j'avais fait. Je lui laisse bien volontiers tous les avantages qu'il a cru pouvoir retirer d'une manière si insolite de procéder; mais mon devoir m'oblige de déclarer formellement qu'il m'a prêté des idées exclusives que jamais je n'ai professées. Jamais, en effet, je n'ai dit qu'il fût possible d'arracher et de triturer tous les fongus, ni que l'opération dût être considérée comme parfaitement innocente, ni enfin qu'il fallût y avoir recours dans tous les cas. J'ai indiqué et je viens de rappeler les circonstances où l'on peut recourir à ce moyen curatif avec des chances probables de succès. Je n'ai jamais dit que les fongus vésicaux, compliquant l'affection calculeuse, fussent un obstacle absolu au traitement de la pierre. J'ai dit, et les faits que j'ai publiés le démontrent, que cette complication est plus ou moins défavorable, et que quand elle coïncide avec d'autres dispositions également fâcheuses, la lithotritie peut se trouver contre-indiquée. Mais j'ai aussi rapporté d'autres faits qui établissent que, dans beaucoup de cas, il m'a été possible d'opérer la destruction de la pierre, malgré l'existence de tumeurs fongueuses plus ou moins considérables.

défaut de caractères spéciaux dans ceux qui peuvent exister, et qui appartiennent également à beaucoup d'affections vésicales, devaient concentrer presque exclusivement l'attention sur les graves désordres qui éclatent lorsque le mal, après un grand développement, a subi la série des transformations par suite desquelles se manifestent le squirrhe, ou même la dégénérescence carcinomateuse. Dans les derniers temps de la vie, ce sont en effet ces deux états morbides qui frappent le plus ordinairement l'observateur; mais trop souvent aussi l'on ne tient pas assez compte des formes primitives, et l'on perd ici de vue qu'il ne s'agit en réalité que des modes de terminaison de plusieurs maladies différentes (1).

D'un autre côté, les dénominations de squirrhe, de cancer et de carcinome ont été improprement étendues à des tumeurs vésicales qui n'avaient nullement ce caractère, puisqu'elles sont demeurées stationnaires, ou même ont disparu, lorsqu'on est parvenu à écarter les causes qui les avaient provoquées, ou qui les entretenaient. Par exemple, Chopart qualifie de fongus sarcomateux une tumeur lisse, dure, à base large, et du volume d'une noisette, que Deschamps rencontra dans la vessie d'un enfant de douze ans, auquel il pratiquait la cystotomie pour un calcul vésical. Cette tumeur occupait la partie antérieure et un peu

(1) Le lecteur pourra remarquer que la doctrine exposée dans ce chapitre, concernant les transformations cancéreuses, et que je crois fondée sur un grand nombre de faits bien observés, diffère de celle que les applications récentes du microscope à l'anatomie de structure, et plus particulièrement à l'étude des productions organiques, tendent à faire prédominer Toutefois, la conciliation entre les faits cliniques, difficiles à détruire, et des analyses physiques dont je ne puis méconnaître la valeur, ne me semble pas impossible. On ne voit pas pour quelle raison, si des éléments cancéreux peuvent être dispersés ou formés dans des tissus normaux, le même phénomène ne se produirait absolument pas dans des tissus déjà altérés par l'état pathologique. Si des parties saines peuvent recevoir de la matière cancéreuse, pourquoi une partie déjà malade, serait-elle nécessairement à l'abri du même dépôt? Ainsi posée, la question se réduirait à rechercher sous quelles influences et à quelles époques de leur durée certaines altérations morbides sont exposées à cette sorte d'aggravation. La doctrine des dégénérescences successives des productions pathologiques, serait ainsi notablement modifiée; mais des observations multipliées à l'infini, recueillies par les hommes les plus éminents, et dont on ne peut déposséder la science, conservent une incontestable autorité (voyez *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*, par H. Lebert. Paris, 1851).

latérale droite de la vessie, à un pouce de l'orifice uréthral. Elle fut reconnue également par Boyer et par Chopart, qui assistaient à l'opération. Aucun traitement particulier ne lui fut appliqué, et l'enfant sortit guéri de l'hôpital le vingtième jour. Ce n'était là, selon toutes les probabilités, qu'une de ces tumeurs fongueuses ou prostatiques dont j'ai cité un grand nombre d'exemples. S'il se fût agi d'un véritable carcinome, le résultat aurait été bien différent.

C'est donc par abus de mots, autant que par suite de l'obscurité du diagnostic, qu'on a tant prodigué les appellations de squirrhes, de cancers, de carcinomes et autres synonymes, aux tumeurs de la face interne de la vessie, qui ne les méritent qu'autant qu'elles ont subi les transformations et les dégénérescences constituant le squirrhe ou le cancer proprement dits.

Ce qu'il y de parfaitement constaté, c'est que, à part les cancers de la matrice ou du rectum, qui se propagent à la vessie, plusieurs des tumeurs vésicales dont j'ai tracé l'histoire, prennent un caractère cancéreux en vieillissant. Je sais que Chopart et autres ont émis une opinion différente. Mais évidemment ils se trompaient, et, pour s'en convaincre, on n'a qu'à suivre avec attention le développement des excroissances fongueuses de la vessie.

Sous quelle influence ces transformations s'opèrent-elles? Voici ce que j'ai observé : 1° Certaines tumeurs dures, mamelonnées, tuberculeuses, avec phlegmasie vésicale intense et persistante, ont fini par se ramollir, suppurer et s'ulcérer. Chez les calculeux, cette espèce de dégénérescence a été plus commune, et elle a présenté une marche plus rapide. Dans quelques cas, la transformation m'a semblé s'opérer sans ramollissement préalable. 2° La prédominence de la matière tuberculeuse dans l'économie m'a paru disposer à cette progression de l'altération pathologique, et l'accélérer notablement. Qu'il existe ou non une pierre, il n'est pas absolument rare de voir des fongosités, de faible consistance, dégénérer en cancer ramolli et ulcéré avec une promptitude d'autant plus grande que la phlegmasie vésicale est plus intense et persistante.

J'ai vu survenir ces sortes de cancers, dans des cas où l'on avait des raisons pour ne pas s'y attendre, tandis que tant d'autres,

où la transformation semblait imminente, la tumeur restait stationnaire. Quoi qu'il en soit, j'ajouterai quelques faits nouveaux à ceux dont la science est déjà en possession. Mais d'abord je donnerai un précis rapide de ces derniers, ou du moins de ceux qu'on trouve dans les auteurs le plus souvent consultés ; car ici, pas plus que dans le reste de mon travail, je n'ai la prétention d'épuiser le sujet, et de faire une monographie complète.

Un cas de ce genre est rapporté par Chopart. Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, ressentit, à la suite de la gonorrhée, des difficultés pour uriner, qu'on attribua d'abord à un rétrécissement uréthral ; mais, plus tard, on reconnut que le canal était libre. Divers moyens, entre autres, des diurétiques furent mis en usage sans succès. Il y avait des douleurs au rectum : l'urine était fétide et sanguinolente; il survint une rétention d'urine, et l'on eut beaucoup de peine à introduire la sonde, par laquelle s'écoula du sang. L'évacuation de la vessie soulagea peu, et les douleurs augmentèrent : on reconnut des hémorrhoïdes, qui furent combattues par des sangsues à l'anus, mais sans aucun résultat. La présence de la sonde était pénible. Il se déclara de la fièvre, du ténesme et des mouvements convulsifs dans les jambes. On sentait la vessie s'élever au-dessus du pubis, mais les hémorrhoïdes ne permettaient pas d'explorer par le rectum. Le malade mourut dans le délire, après avoir été trois jours sans uriner. La tumeur de la région hypogastrique, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, était formée par la vessie. Celle-ci contenait des caillots sanguins, réunis en une masse du volume des deux poings. Au côté gauche de la base du trigone était une tumeur carcinomateuse, de la forme et du volume d'une grosse pomme, dure et rénitente à la base, mollasse et inégale au sommet, où l'on voyait des fongosités rougeâtres, faciles à déchirer. Plusieurs incisions pratiquées dans cette tumeur montrèrent que la substance en était blanchâtre, et d'une dureté presque tendineuse vers la base. Le col de la vessie, l'urèthre, les uretères et les reins étaient sains.

L'analogie de cette tumeur avec le cancer des mamelles, du testicule ou de l'estomac, et les différents symptômes qui s'étaient manifestés pendant la vie, firent penser à Chopart qu'il s'agissait ici d'un sarcome dégénéré en cancer. Si l'on rapproche ce cas

de ceux de simples fongus qu'on a recueillis depuis, et même de plusieurs cités par l'auteur, on verra qu'il y a entre eux une grande analogie, et que des faits mieux caractérisés eussent dû être choisis. Quant aux fongosités qu'on remarquait à la surface de la tumeur, j'ai déjà signalé cette particularité, qui n'est point rare. Selon toute apparence, il s'agissait, dans le cas cité, d'un engorgement prostatique, surmonté d'excroissances fongueuses.

Après de longues souffrances, qui finirent par devenir insupportables et qui avaient fait soupçonner l'existence de la pierre, un malade, observé par M. Berthelot, succomba à la suite d'hématuries fréquentes et d'une diarrhée colliquative. Après la mort, on trouva dans la vessie, dont les parois étaient épaissies et comme squirrheuses, quatre ou cinq tumeurs carcinomateuses de volumes différents. La plus grosse était implantée près du col.

Desault cite le cas suivant : Un homme éprouve subitement, à la région pubienne, une douleur sourde, qui se renouvelle avec des intermittences. Cette douleur ne tarde pas à devenir lancinante. On prescrit divers moyens qui ne procurent aucun amendement. Une tumeur dure et comme cartilagineuse fait croire à l'existence d'une pierre ; le malade entre à l'Hôtel-Dieu. Desault, appréciant la douleur fixe et lancinante de la région vésicale, et surtout la sortie par l'urèthre de portions charnues, comme pourries, soupçonne un cancer, et renvoie le sujet dans son pays ; mais il revient quelques mois après dans un état plus grave. L'usage de la sonde, qui avait été conseillé, était devenu presque impossible. Cependant Desault en introduisit une, ce qui soulagea un peu. Le malade succomba dans le marasme, au milieu d'affreuses douleurs. On s'assura, par l'autopsie, qu'une tumeur du volume des deux poings prenait naissance au col de la vessie, qu'elle le distendait, et qu'elle était de nature carcinomateuse.

On voit combien ces faits sont incomplets. Cependant on les a opposés à Sœmmering, qui pense que le squirrhe et le cancer de la vessie n'existent point, à moins qu'ils ne soient la conséquence d'une semblable maladie de la matrice, ou que l'on ne considère comme tels les ulcères vésicaux. Dans son expression

absolue, l'opinion de Sœmmering est de toute évidence erronée. On ne saurait adopter non plus le sentiment de Lallemand et autres, qui professent que le cancer de la vessie est extrêmement rare, en s'appuyant sur ce que Chopart et Desault n'en ont cité qu'un exemple chacun. De telles opinions sont certainement respectables ; mais elles ne doivent faire loi qu'autant que l'expérience leur prête son appui, et c'est ce qui n'a pas lieu. On a d'autant plus de peine à comprendre les doutes de ces observateurs que, dans les cas sur lesquels ils s'appuient, il y avait plutôt squirrhe que cancer véritable. Or, cet état squirrheux n'est pas rare dans les tumeurs vésicales et prostatiques. Mais, avant d'aller plus loin, je crois devoir reproduire le fait à l'occasion duquel Lallemand a exprimé son opinion.

Un négociant contracta une blennorrhagie à l'âge de vingt-cinq ans. A dater de ce moment, difficulté d'uriner, nécessité d'introduire des sondes, douleurs, fièvre, troubles généraux, qui amènent un grand amaigrissement. Croyant reconnaître une coarctation, l'on appliqua le caustique, qui ne fit qu'aggraver les accidents. La rétention d'urine devint complète : il fallut recourir à l'algalie ; on fit une fausse route à la partie supérieure du col vésical. Quelques jours après, un abcès s'étant formé dans le scrotum, on dut l'ouvrir, mais le malade ne fut pas soulagé ; les accidents locaux et généraux s'aggravèrent, la mort eut lieu. On trouva le rein gauche sain, mais celui du côté droit était bosselé, inégal, doublé de volume, blanchâtre, très mou, facile à déchirer, et contenait une trentaine d'abcès plus ou moins avancés. L'uretère correspondant était épais, noirâtre et sans consistance. La vessie, dilatée, avait des parois épaisses ; sa membrane muqueuse était rouge, rugueuse et dense. A partir du col, toutes les membranes étaient transformées en une substance squirrheuse, lardacée, offrant, derrière la prostate, 6 centimètres d'épaisseur, et s'étendant, en forme d'entonnoir, à 1 décimètre environ dans tous les sens. La surface interne de cette espèce de godet était inégale, hérissée de végétations très saillantes, en forme de chou-fleurs. La portion prostatique de l'urèthre présentait la même altération cancéreuse, et paraissait avoir 1 décimètre d'étendue, à raison du prolongement de la tumeur dans une grande partie de la vessie. Lallemand ajoute

que la prostate était parfaitement saine, petite, ferme et aplatie. Derrière le bulbe de l'urèthre, il y avait une tumeur cancéreuse, du volume d'une noisette, occupant la partie inférieure du canal dont la membrane muqueuse était détruite sur les points correspondants.

Ainsi, nous voyons dans ce cas ce qu'on observe dans beaucoup d'autres des végétations très saillantes sur un fond cancéreux. On ne peut pas dire que ce soit l'affection cancéreuse qui ait fait seule périr le malade, puisqu'il y avait d'autres lésions plus graves et plus importantes peut-être, notamment celle du rein. Ce cancer, quoique fort avancé, ne fut pas reconnu pendant la vie. Quant à celui qui existait à la partie membraneuse de l'urèthre, c'était une circonstance assez rare pour faire regretter que Lallemand n'y ait pas consacré plus d'attention.

Je pourrais, si je ne craignais de trop allonger cet article, citer d'autres cas encore de cancers vésicaux, qui ont été décrits par MM. Kruger, Diener, Ficker, Plieninger, Horn, Marshall, Paul Mercier, Tardieu, etc. Dans quelques-unes de ces observations, on a pu confondre certaines ulcérations de la vessie dont je me suis occupé, avec le cancer proprement dit. C'est ce qui a eu lieu certainement pour plusieurs autres faits recueillis dans ces derniers temps, et consignés dans la *Description du musée de l'hôpital Saint-Bartholomée*, t. I, séries 27, 29 et 30. Il est vrai qu'un examen approfondi des pièces pathologiques est nécessaire pour distinguer sûrement les deux ordres d'altération; mais en y apportant une attention suffisante, on parvient sans peine à lever tous les doutes.

Quoi qu'il en soit, à mesure qu'on multipliera les analyses anatomiques exactes, et les observations complètes des maladies, il deviendra facile de se convaincre que la terminaison des lésions organiques de la vessie par le cancer est assez commune.

M. Rayer, dans son grand ouvrage sur les maladies des reins (1), en a fait connaître plusieurs exemples remarquables. Nous voyons, chez un homme de quarante-neuf ans, la cavité de la vessie occupée par un volumineux champignon, à

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire.* Paris 1841, t. III.

surface mamelonnée, percé à son extrémité inférieure par une ouverture fistuleuse. Une énorme tumeur, formée par un cancer colloïde, soudée et confondue avec la partie postérieure et supérieure de la vessie, distendait le côlon.

Dans un autre cas, chez un homme mort à l'hôpital, à la suite de longues souffrances, on trouva à la face interne de la vessie une tumeur cancéreuse en forme de champignon, d'une dimension considérable, à large base, irrégulièrement dentelée à sa circonférence. Au moment où la vessie fut ouverte, ce champignon était caché sous une sorte de boue blanchâtre, formée par un dépôt urineux très épais.

Dans l'espace de quelques années, j'ai rencontré plusieurs exemples, non-seulement de tumeur squirrheuse, mais encore de cancer ulcéré. Je me bornerai à mentionner les faits suivants :

1re Observation. — Le nommé Pardoux, âgé de quarante-quatre ans, et d'une forte constitution, entra, en 1834, à l'hôpital Necker pour y être traité par la lithotritie. Ce malade souffrait depuis longtemps de la pierre; mais les douleurs avaient d'abord été légères et séparées par de longs intervalles; il avait fallu qu'elles prissent beaucoup d'intensité pour vaincre l'aversion que lui inspirait toute espèce d'opération chirurgicale. Au moment de son admission, la santé générale était encore bonne, quoique les besoins d'uriner fussent très rapprochés, que la sortie de l'urine causât de fortes douleurs, et que ce liquide fût très chargé de mucosités. Le cathétérisme fit connaître que la vessie contenait une grosse pierre, qui paraissait néanmoins s'engager en partie dans le col, d'où l'on pouvait conclure qu'elle avait une forme allongée, et qu'elle offrait une extrémité peu volumineuse, ou que l'orifice de l'urèthre était fort dilaté. Je fus frappé de la saillie que le corps de la vessie faisait à la région hypogastrique. C'était une tumeur arrondie, soulevant les téguments, que l'on distinguait nettement par le toucher, et donnant à penser ou que le calcul avait beaucoup de volume, ou que la paroi vésicale offrait une épaisseur très considérable. Du reste, on ne remarquait rien de particulier ni dans le caractère des douleurs, ni dans l'état général du sujet, ni dans les qualités de l'urine. Le volume présumé de la pierre et le racornissement de la vessie

me faisaient seulement craindre que la lithotritie ne fût impraticable, d'autant plus que, l'urèthre étant étroit, il était impossible d'employer de gros instruments. Toutefois, je parvins à saisir et à mesurer le corps étranger; mais le malade souffrit beaucoup : il survint un engorgement du testicule. Je crus donc ne devoir point insister sur l'application de ma méthode, dont le succès était au moins douteux. La cystotomie fut proposée quelque temps après, et accueillie par le malade. Elle fut pratiquée par le chirurgien ordinaire. L'extraction de la pierre ne présenta rien de particulier, à l'exception d'un écoulement sanguin, qu'on arrêta par les astringents et une compression légère. L'opération fut aussi simple et aussi prompte que possible. Pendant les premiers jours, il ne survint pas d'accidents; mais on remarqua qu'il ne se faisait aucun travail du côté de la plaie, et que la réaction était nulle. Le malade mourut le neuvième jour. On découvrit deux calculs et quelques petits abcès dans les reins. La paroi postérieure de la vessie était envahie par une énorme tumeur carcinomateuse, ramollie au centre, où se trouvait une caverne qu'on eût pu prendre pour la vessie elle-même, dont la cavité réelle était située en avant et au-dessus de la masse cancéreuse. C'était cette cavité vésicale, presque entièrement occupée par la pierre, qui, étant soulevée et rendue saillante par la masse cancéreuse de la paroi postérieure, faisait tumeur à l'hypogastre. S'il fallait une nouvelle preuve de la difficulté d'établir un diagnostic rigoureux des altérations, même profondes, des parois de la vessie, ce fait pourrait la fournir. Il semblerait qu'on eût dû reconnaître, ou du moins soupçonner l'existence d'une tumeur si volumineuse, qui avait causé tant de désordres, ou tout au moins constater sa présence pendant les manœuvres de la cystotomie, et cependant, je dois l'avouer, elle demeura ignorée jusqu'au moment de l'ouverture du corps.

2e Obs. — Leblanc, âgé de cinquante ans, fut admis à l'hôpital Necker, le 9 novembre 1832, pour y être traité d'une affection calculeuse. Il était effectivement atteint de la pierre, et faisait remonter ses souffrances à plus de quarante ans. Elles avaient suivi une marche très irrégulière. Le malade avait eu de longs intervalles de bien-être, notamment depuis quinze ans jusqu'à quarante. Mais, à cette dernière époque, les douleurs devinrent plus

fortes, plus rapprochées, et depuis huit ans, elles étaient continuelles. Aussi la santé était-elle très détériorée.

Lors de son entrée à l'hôpital, le malade était fort maigre et d'une faiblesse excessive, avec le teint plombé, perte d'appétit, point de sommeil, fièvre continue. L'urine, fétide et purulente, était expulsée fréquemment, et toujours avec douleur. L'introduction de la sonde fit connaître de petites pierres dans la partie membraneuse de l'urèthre et dans l'intérieur de la vessie; la capacité de ce dernier organe avait sensiblement diminué. Mais l'état de souffrance et de faiblesse du malade me força d'ajourner une exploration plus complète. J'avais surtout à rechercher s'il n'existait pas de communication entre la cavité dans laquelle la sonde avait pénétré, et une tumeur située vers le sommet et sur la partie antérieure de la vessie, faisant une saillie notable à l'abdomen, entre la symphyse pubienne et l'ombilic, à 6 centimètres de la première. Cette tumeur, arrondie, dure, mobile, à peu près indolente, ne me paraissait nullement formée par la vessie, ou du moins me faisait supposer dans ce viscère des altérations qu'il ne m'était pas encore permis d'apprécier. Les difficultés d'uriner me déterminèrent à faire d'abord l'extraction des calculs situés dans l'urèthre. La manœuvre fut facile et peu douloureuse; les pierres étant friables, je n'eus pas de peine à les écraser; quelques fragments furent extraits, d'autres expulsés naturellement avec l'urine, mais il ne survint aucun changement dans l'état du malade. La sonde métallique et la partie de l'instrument, qui avaient été en contact avec l'urine, prirent une couleur noire. Cette circonstance annonçait déjà un cas grave. Je fis, les jours suivants, quelques injections, qui ne produisirent aucun effet. L'état du malade s'aggrava peu à peu, la prostration des forces augmenta, et la mort eut lieu le 23 décembre.

A l'autopsie du cadavre, la tumeur hypogastrique faisait encore une saillie notable; mais elle paraissait moins dure que pendant la vie. Elle était produite par un vaste cancer, qui avait détruit le sommet et la paroi antérieure de la vessie, adhérente elle-même à la paroi abdominale. Les adhérences, et le tissu de cette production morbide, se déchiraient avec la plus grande facilité. L'intérieur était ramolli, réduit en bouillie et présentait une cavité irrégulière, partagée en plusieurs loges par des masses lar-

dacées; on y retrouvait d'ailleurs les différents degrés de la dégénérescence cancéreuse. La vessie avait diminué de capacité, surtout d'avant en arrière : sa surface intérieure était d'un rouge foncé, tirant sur le noir; elle contenait plusieurs calculs irréguliers, très friables. La prostate était à l'état normal. La membrane muqueuse de l'urèthre présentait la même couleur que celle de la vessie, sans aucune autre trace de lésion. Les uretères avaient un volume considérable : leurs parois étaient épaissies et ressemblaient à celles des grosses artères. Le rein droit était converti en une espèce de poche à parois épaisses, de la grandeur et presque de la forme de l'estomac d'une personne adulte. Cette poche contenait environ un litre d'un liquide blanc et fétide : c'était de l'urine purulente. La plus grande partie du tissu rénal avait disparu. Les ouvertures des calices et du bassinet existaient, mais fort dilatées. Le rein opposé offrait le début de la même altération : il avait un volume presque double de celui qu'on observe ordinairement. Sa substance corticale était molle et décolorée. Les ouvertures des calices et du bassinet étaient agrandies, et baignées d'un liquide blanc et fétide. L'uretère du même côté avait beaucoup d'ampleur; ses parois étaient un peu moins épaisses que celles de son congénère.

3e Obs. — Chiquet, cocher, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution jadis forte, mais aujourd'hui délabrée, n'avait jamais eu de maladie grave. Depuis longtemps il était sujet à des douleurs néphrétiques. Lorsqu'il entra à l'hôpital Necker, le 3 novembre 1836, sa face portait le cachet des affections cancéreuses. Cinq ou six ans auparavant, il avait commencé à éprouver à la région anale et à l'extrémité de la verge, des douleurs qui avaient cessé d'abord, pour reparaître ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces douleurs passagères ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations, et ne l'inquiétaient point; il n'éprouvait alors aucune difficulté pour uriner. Mais, peu à peu, l'excrétion de l'urine ne se fit plus qu'avec peine et douleur; un moment arriva même où le liquide ne coula que goutte à goutte, et avec des efforts inouïs. Le malade se livra sucessivement à plusieurs industriels, dont un lui donna une eau qui lui fit rendre, disait-il, une grande quantité de graviers. Un de ces graviers s'arrêta dans l'urèthre, et obligea Chiquet d'entrer à l'Hôtel-Dieu,

où M. Roux retira le corps étranger, après l'avoir écrasé. Pendant cinq semaines de séjour dans cet hôpital, il continua de rendre des graviers, et fut souvent sondé, ce qui le fit beaucoup souffrir. L'instrument pénétrait à une grande profondeur, et il ne s'écoulait que du sang, avec peu d'urine. De l'Hôtel-Dieu, ce malade passa à l'hôpital de la Pitié, puis reçut les soins d'un de mes élèves, M. Leroy.

Lorsque je le vis, il ne pouvait, sans le secours de la sonde, expulser une seule goutte d'urine. Les besoins de rendre ce liquide étaient presque continuels, et accompagnés d'efforts considérables et douloureux qui retentissaient à l'anus, de manière à faire sortir involontairement les matières fécales. Le malade assurait que l'urine s'échappait aussi par le fondement. Il était fort maigre, avec la figure crispée et le teint jaune. En portant la main au-dessus des pubis, et derrière la symphyse, on sentait une tumeur dure, faisant saillie et se dirigeant du côté droit. Je reconnus aussi que la prostate était énormément tuméfiée et proéminente dans le rectum. Le cathétérisme présentait quelque chose de particulier : on avait d'autant plus de peine à parvenir dans ce que j'appellerai la véritable vessie, que la sonde pénétrait souvent dans une large et profonde excavation située en arrière de la prostate. Le doigt, porté dans l'anus, sentait la partie courbe de l'instrument libre dans cette poche, qui pouvait contenir presque le tiers d'une seringue à injection, et dont le liquide sortait par un jet intermittent quand on appuyait sur l'hypogastre. Pour parvenir dans la vessie, il fallait abaisser fortement la main aussitôt que l'instrument était arrivé devant l'espèce de barrière formée par le corps de la prostate. Les urines étaient bourbeuses, purulentes, fétides, et souvent chargées d'une matière floconneuse, qui engorgea la sonde quand on jugea nécessaire de la laisser à demeure. De pareils désordres ne laissaient aucun doute sur l'existence de lésions organiques profondes : le malade était atteint d'un cancer de la vessie, avec excavation sous-prostatique considérable. Rien ne pouvait le soustraire à la mort, qui eut lieu le 6 décembre.

L'autopsie du cadavre montra des altérations multiples et dignes d'intérêt. Les reins, d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal, étaient ramollis, de couleur pâle, mais sans lésion ap-

préciable de tissu : on n'y remarquait ni abcès, ni ulcérations. Les deux uretères, fort dilatés, avaient huit à dix fois le diamètre habituel : leurs parois étaient minces et ramollies; celui du côté droit offrait, à un pouce et demi de la vessie, un étranglement formé par un repli valvulaire de la membrane muqueuse et du tissu sous-jacent induré. Après avoir scié les pubis et les ischions, à droite et à gauche, on enleva avec soin une masse considérable de tissus, dans laquelle se trouvaient compris la vessie, le rectum, la verge et des tissus morbides, qui non-seulement remplissaient l'excavation du petit bassin, mais encore faisaient saillie au-dessus du détroit supérieur. On sépara cette masse des os, auxquels elle adhérait par un tissu cellulaire lâche, et l'on détacha l'urèthre de l'arcade pubienne. Ce canal ne présenta d'autre altération que quelques lacunes plus ou moins profondes dans sa partie membraneuse, dont les parois étaient de couleur noire. Sa portion prostatique, fort allongée, avait obéi au développement énorme de la prostate et surtout du moyen lobe. Il résultait de cette dernière hypertrophie une déviation de l'urèthre de bas en haut et un peu obliquement sur la gauche. Les lobes latéraux de la prostate étaient d'un tissu jaune, lardacé, plus dur supérieurement qu'inférieurement. La désorganisation n'y avait d'ailleurs pas fait autant de progrès que dans le lobe moyen, qui était ramolli, presque diffluent, et envoyait, dans l'intérieur de la vessie, trois prolongements considérables, fongoïdes, d'un tissu assez semblable, par sa consistance et ses granulations, à du riz de veau, mais de couleur noire. Les parois de la vessie avaient plus d'un centimètre d'épaisseur. Leur surface interne, noirâtre, était sillonnée de nombreux et épais replis. La capacité du viscère, qui pouvait contenir environ 120 grammes de liquide, était en partie remplie par les fongus dont j'ai parlé, et dont le plus gros se trouvait à droite. Tel était l'état de la vessie proprement dite, de ce qu'on pourrait appeler la vessie supérieure; mais au-dessous du moyen lobe de la prostate, existait une large et profonde cavité, presque aussi étendue que la poche urinaire elle-même. Cette cavité avait pour plancher supérieur, outre les parties que je viens d'indiquer, la région inférieure et postérieure de la vessie, avec laquelle elle communiquait. Son plancher inférieur était constitué par la paroi anté-

rieure du rectum, dans lequel s'ouvraient trois fistules, qui communiquaient avec la vessie, à sa partie droite et inférieure. Un stylet, introduit dans deux de ces trajets, permit de les inciser et d'en voir les parois organisées. Un clapier, pouvant loger une grosse noix, se trouvait derrière les orifices qui s'ouvraient dans le rectum, à 20 centimètres environ de la marge de l'anus. Plusieurs kystes encéphaloïdes, de forme et de grosseur diverses, s'étaient développés, soit dans le tissu de la vessie elle-même, à laquelle ils adhéraient intimement, soit dans les tissus environnants. Ces kystes existaient principalement sur les parties latérale droite et supérieure de la vessie. En les incisant, on voyait paraître de la matière cérébriforme très ramollie.

4e Obs. — Un calculeux, âgé de soixante-cinq ans, fortement constitué, souffrait depuis longtemps de la pierre, dont l'existence n'avait cependant point été reconnue, malgré plusieurs explorations faites avec des sondes droites et des sondes courbes. On se contenta de prescrire des moyens propres à calmer la cystite; mais leur usage, quoique prolongé, n'amena aucun résultat. Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital Necker, le 10 décembre 1832. Je m'assurai, par le cathétérisme, que la vessie contenait une grosse pierre, que la prostate était fort volumineuse, et enfin que la poche urinaire et l'urèthre saignaient avec une grande facilité. Ces premières notions ne me laissaient guère de doutes sur l'impossibilité d'appliquer la lithotritie. Un traitement médical, sous l'influence duquel l'irritation déterminée par la présence des calculs se calme presque toujours, au moins pour un certain temps, ayant été inutile, il fallut songer à faire choix d'un procédé opératoire. Le malade se décida d'autant plus promptement à subir la cystotomie, que cette opération ne lui causait pas trop d'effroi, et qu'elle réunissait, en effet, des chances favorables. Elle fut faite par l'hypogastre; mais elle présenta quelques difficultés, et l'extraction de la pierre fut surtout laborieuse, malgré la dextérité du chirurgien qui la pratiquait. La mort eut lieu au septième jour. On trouva, entre autres lésions de l'appareil urinaire, une énorme tumeur carcinomateuse, occupant la face postérieure et le côté gauche de la vessie, et formant une saillie qu'on aurait pu sentir par l'hypogastre, si le malade eût eu moins d'embonpoint, et si l'on eût été conduit par le moindre indice à

faire des recherches minutieuses de ce côté. La partie de cette tumeur, saillante dans la vessie, était ramollie et ulcérée, tandis que celle qui se trouvait confondue avec les parois de l'organe avait une dureté considérable.

5e Obs. — Le 11 mars 1839, se présenta à la consultation de l'hôpital Necker un ancien militaire, Dupont, âgé de soixante-dix ans, qui, depuis plus d'une année, souffrait du côté de la vessie. Toutefois, les douleurs n'avaient pas de caractère constant. On employa d'abord divers calmants, puis on eut recours aux eaux de Vichy. Les urines, jusque-là troubles, reprirent une couleur citrine ; mais, malgré l'usage des eaux, continué pendant six mois, le malade fut si peu satisfait de son état, qu'il prit le parti de se faire admettre à l'hôpital. Il était faible, sans appétit, ni sommeil, avec des besoins fréquents d'uriner, des douleurs vives pour y satisfaire, et du dévoiement. Je me bornai à calmer les douleurs de la vessie par un traitement médical approprié, ne me dissimulant pas qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur une constitution si appauvrie. Plusieurs fois on introduisit la sonde pour s'assurer si la vessie se vidait bien. On n'obtint qu'un léger soulagement, qui ne se soutint même pas ; le hoquet survint, et le malade mourut On trouva, dans le rein gauche, trois vastes foyers purulents : l'uretère du même côté était dilaté et plein de pus ; il présentait deux rétrécissements marqués, l'un à la partie moyenne, et l'autre à son orifice vésical. Les parois de la vessie étaient hypertrophiées. On rencontra dans ce viscère du pus et quelques graviers. A l'orifice interne de l'urèthre, et sur le trigone, du côté gauche, était une tumeur cancéreuse, peu saillante, mais évasée, et à bords relevés, d'où s'écoulait un ichor extrêmement fétide. Au côté droit du col vésical, on remarquait une autre petite tumeur arrondie et pédiculée. Le passage du fongus à l'état cancéreux était très prononcé, bien que, pendant la vie, on n'eût aperçu aucun symptôme qui pût indiquer l'existence ni d'une fongosité, ni d'un cancer.

6e Obs. — En faisant des recherches anatomiques à l'hôpital Beaujon, nous avons trouvé, en 1828, M. Costello et moi, un cas de cancer fort remarquable, qui n'avait pas été non plus soupçonné pendant la vie. Dans la région de l'aine du côté droit existait une tumeur, du volume des deux poings, formant saillie dans la

vessie, dont les parois étaient partiellement envahies, ainsi que l'uretère. On remarquait dans cette tumeur les divers degrés de la dégénérescence carcinomateuse; sur quelques points, le ramollissement était si avancé qu'on y sentait de la fluctuation : son intérieur contenait un liquide d'apparence crémeuse, mais on ne put découvrir aucune communication entre elle et la vessie. Celle-ci, du reste, avait été déplacée, et se trouvait appliquée vis-à-vis du trou sous-pubien gauche; le col vésical et l'urèthre étaient rejetés du même côté, et participaient, ainsi que le tissu cellulaire voisin, à la lésion, qui avait respecté le canal intestinal.

A ces faits déjà anciens, j'ajouterai les suivants :

7e Obs. — Un malade de Saint, près Coulommiers, éprouvant depuis quelques années des douleurs vésicales qu'on avait inutilement attaquées par les moyens du ressort de la médecine, se fit admettre dans mon service. Mais son état était si grave qu'il succomba avant même que j'eusse pratiqué les explorations nécessaires pour déterminer la nature de sa maladie. J'avais remarqué à l'hypogastre deux tumeurs, dont une, plus saillante, occupait le côté gauche. On s'assura à l'autopsie que les parois vésicales étaient fort épaisses, et que les tumeurs indiquées étaient formées par des masses de tissu lardacé, qui remplissaient l'excavation pelvienne et une partie de la fosse iliaque gauche. Ces masses faisaient corps avec les parois de la vessie, dont la cavité ne conservait plus rien de sa forme et de sa couleur normales. La surface interne de cette cavité était en partie incrustée de matière terreuse, formant, en certains endroits, plusieurs couches distinctes, et adhérant à la vessie avec tant de force que les plus profondes de ces couches ne purent être enlevées.

Les glandes inguinales étaient tuméfiées et dégénérées.

La cavité abdominale était en partie occupée par des agglomérations glandulaires, également dégénérées, volumineuses, et ramollies dans certains points. Dans le rein droit existaient des graviers. Le rein gauche, plus volumineux que dans l'état normal, contenait plusieurs abcès. Cette pièce ressemble, jusqu'à un certain point, à l'une de celles qui sont conservées dans les collections de Londres.

8e Obs. — Le malade Guinsaitre, âgé de cinquante ans, fut

la vessie, ni les hématuries répétées, ni l'amaigrissement rapide du malade, etc., ne sont des signes aussi certains qu'on l'a prétendu de l'existence du cancer. Dans quelques cas, en effet, l'urine paraît presque à l'état normal et se conserve telle jusqu'aux derniers temps de la vie. Si elle présente des caractères morbides, ce sont généralement ceux qu'on rapporte au catarrhe vésical.

Lorsqu'on introduit une sonde d'argent dans une vessie cancéreuse, elle est presque toujours noircie par le contact des liquides que contient ce viscère. C'est là un indice dont il faut tenir compte, sans perdre de vue toutefois qu'on observe un effet analogue dans quelques cas de catarrhe avancé et que le phénomène n'est pas constant, même dans les cas de cancer ramolli.

On a attaché beaucoup d'importance aux douleurs lancinantes et aux hémorrhagies qu'on avait observées chez des sujets, dans la vessie desquels des carcinomes ont été découverts après la mort. Mais cette disposition aux hémorrhagies vésicales, même abondantes, se reproduisant à des époques très-rapprochées et sans causes appréciables, se présente souvent dans d'autres lésions de la poche urinaire. Ajoutons que ce symptôme manque fréquemment dans les cas de cancer. Plusieurs de mes malades cancéreux n'ont jamais rendu de sang par l'urèthre.

Quant au caractère *lancinant* des douleurs, dans la région de la vessie, je ne l'ai jamais observé. Chez quelques-uns de mes malades les douleurs étaient si faibles, qu'ils n'en tenaient pour ainsi dire pas compte. Dans un dernier cas, que j'ai vu en septembre 1850, le malade croyait n'avoir qu'un rétrécissement, pour lequel il se traitait depuis dix ans, et un catarrhe vésical qu'il attribuait à son âge avancé. Mais il était atteint d'un cancer qui se décela tout à coup par les symptômes les plus alarmants, qui ne me laissèrent aucun doute sur la nature de la lésion. L'art déjà était impuissant, même pour calmer les douleurs, et le malade succomba au bout de quinze jours, dans des angoisses inexprimables.

Quelques sujets souffrent beaucoup et pendant longtemps; mais les douleurs ne paraissent pas différer de celles que produisent d'autres maladies vésicales. Dans presque tous les cas d'ailleurs elles ne se font sentir qu'au moment de l'émission de l'urine, et varient suivant que la capacité de la vessie est augmentée ou diminuée, et que les parois du viscère se contractent

de la partie saine par une ligne nette, tranchée, et presque régulière. De distance en distance seulement, on y remarquait quelques découpures.

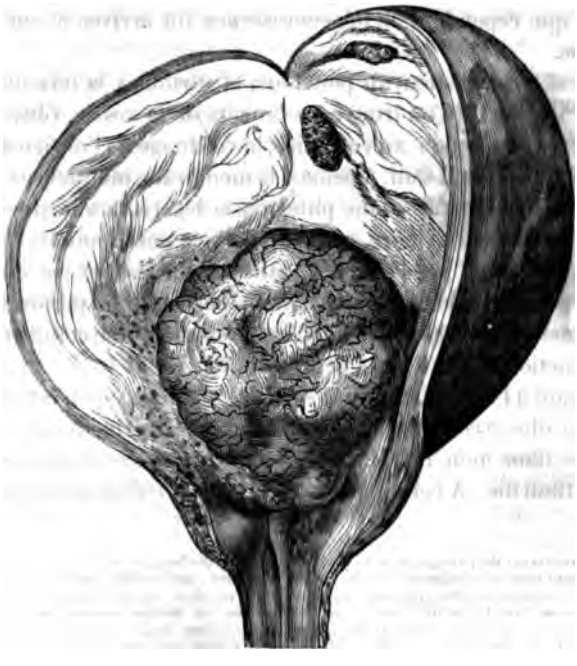


Fig. 17.

Dans plusieurs cas, l'autopsie a fait connaître des particularités qu'on n'observe pas généralement. Deux fois, au lieu de

Fig. 17. — La pièce représentée par la figure ci-jointe étant remarquable sous plusieurs rapports, je donnerai un exposé sommaire de la maladie à laquelle elle se rapporte.

1re Obs. — Le sujet était un homme de soixante-quatorze ans, épuisé par de longues souffrances, dont il ne pouvait faire qu'un récit incomplet, mais suffisant toutefois pour apprendre que l'état morbide était ancien, et qu'on avait employé beaucoup de moyens divers, sans obtenir aucun succès. Lorsque ce malade vint à l'hôpital, il éprouvait de vives douleurs dans la région des reins et dans celle de la vessie; l'urine s'écoulait involontairement et d'une manière continue : elle contenait d'ailleurs des mucosités quelquefois sanguinolentes; elle était trouble, fétide et légèrement colorée en brun; l'appétit et le sommeil étaient entièrement perdus, et la faiblesse extrême : le malade refusait absolument de prendre aliments, boissons et médicaments; il était anéanti. Treize jours après son admission, l'irritation de l'urèthre était si considérable, et la faiblesse telle, que je crus devoir me borner à une simple et courte exploration. Celle-ci me fit connaître une déformation du col vésical. Je ne poussai pas plus loin les recherches, qui évidemment n'auraient eu d'autre résultat que de constater une lésion incurable. D'ailleurs, tout ce qu'on aurait tenté pour établir un diagnostic complet, aurait fait souffrir le malheureux malade sans utilité, et sa vie en eût peut-être été abrégée. Après la mort, qui ne se fit pas attendre longtemps, on trouva des tubercules dans les poumons, notamment vers le sommet. La rate était très-molle; il y avait

est constatée, cette constatation peut être considérée comme pathognomonique de l'existence des cancers.

Je l'ai observé plusieurs fois, et à différentes époques de la maladie. Ayant eu à sonder le Duc de M..., en mai 1851, à raison de quelques troubles qu'il éprouvait dans les fonctions de la vessie, je ramenai par la sonde quelques portions de matière cérébriforme, dans laquelle M. le Dr Barth reconnut tous les éléments de cancer. Dans une consultation où se trouvaient réunis Magendie, MM. Rayer, Barth et moi, Magendie ne crut pas pouvoir admettre l'existence d'un cancer de la vessie, parce que le malade n'éprouvait pas, selon lui, d'accidents assez caractéristiques; mais l'affection ne tarda pas à se caractériser davantage, à faire des progrès rapides et à entraîner la mort, qui eut lieu trois mois après. Il fut possible alors de constater la nature de la maladie.

Chez un autre malade, que je traitais vers la même époque, à l'hopital Necker, la sortie d'une matière cérébriforme, entraînée par la sonde avec un liquide injecté, suffit pour déceler l'existence d'un cancer, qui était déja fort avancé et entraîna la mort peu de temps après. A l'autopsie, on constata l'exactitude du diagnostic.

Consulté, en août 1851, pour un malade que m'avait adressé M. le Dr L..., je retirai par la sonde, au moment de l'exploration, de la matière encéphaloïde dans laquelle tous les caractères du cancer furent constatés à Paris par M. Bouchardat, à l'aide du microscope, et dans le lieu de sa résidence par le médecin ordinaire du malade. Ce malade vit encore.

Les cancers de la vessie sont dans le même cas que la plupart des autres maladies de l'appareil urinaire. En leur attribuant, par une sorte de convention tacite, des groupes de phénomènes arrangés après coup, on nuit aux progrès de l'art, parce qu'une foule d'imitateurs admettent sans examen la véracité des tableaux de fantaisie, dont ils trouvent la description dans les livres, et ne se donnent pas la peine de les soumettre au creuset de la critique et de l'expérience. C'est là un grave écueil, que peu de praticiens savent éviter.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les symptômes dont je viens d'indiquer les principaux n'ont rien de constant. D'ailleurs, fussent-ils portés à un très-haut degré, ils n'auraient pas encore la

ns les cas de fongus,
pas pour établir le
u praticien, auquel il
heureusement elles ne

près d'un malade atteint de
tive a changé de caractère et a
local et général si grave, qu'on hé-
stigations que l'impuissance évidente
u inutiles. Dans plusieurs des cas qui se
reculé devant cette considération. On com-
nbien doit être faible alors la portée des explo-
aucoup de sujets, elles feront bien connaître une
excroissance, une induration, dans un point déter-
arois vésicales; mais elles n'apprendront rien sur la
ence que ces tumeurs pourront avoir subie. C'est donc
en de recherche dont il ne faut user qu'avec circonspec-
. Rappelons, au surplus, que dans plusieurs cas de cancer, il
n'existe pas de tumeur proprement dite, ou que du moins l'explo-
ration ne l'apprécie pas. On ne rencontre, le plus communément,
qu'un léger rebord séparatif entre la partie saine et la surface
cancéreuse. Celle-ci est souvent recouverte d'une couche grisâtre
ou cendrée, à laquelle adhère quelquefois un dépôt phosphatique
ou terreux plus ou moins épais, tantôt à l'état mou presque li-
quide, et tantôt dur comme un véritable calcul, ce que j'ai vu
plusieurs fois; M. Rayer en rapporte un remarquable exemple.
Ces dépôts, que j'ai longuement étudiés, et sur lesquels je n'ai
pas à revenir, peuvent aussi induire en erreur dans l'exploration.
Il est nécessaire cependant de recourir à ce mode de recherches,
toutes les fois que les circonstances le permettent, n'eussent-elles
d'autre effet que de concourir à fixer davantage l'attention du
praticien sur la nature de la lésion vésicale. Entre autres cas que
j'ai observés dans ces dernières années, je citerai le suivant:

Le prince G***, à la suite de voyages prolongés, éprouva des accidents graves du côté de la vessie, notamment des hématuries qui l'inquiétaient beaucoup. Un grand nombre de traitements restèrent sans efficacité. Le prince vint à Paris. Sa santé générale avait beaucoup souffert. Après un repos de quelques jours, nous

nous assurâmes, MM. Alard, Andral et moi, qu'il y avait dans la vessie des excroissances fongueuses, tellement incrustées de dépôts lithiques, qu'on aurait pu les prendre pour des pierres molles. Plusieurs couches de ces dépôts furent détachées par l'instrument explorateur, et sortirent avec l'urine, ou furent entraînées par les injections au moyen d'une grosse sonde à grands yeux. Il était facile, d'après cela, de comprendre toute le gravité de la maladie. Il ne nous restait qu'à procurer quelque soulagement au prince, et à nous efforcer de prolonger son existence de quelques mois, sans le tourmenter par des médications énergiques. Malgré les prescriptions les plus judicieuses et le plus rigoureusemsnt observées, la dégénérescence carcinomateuse fit en effet des progrès, et sept mois après le prince succomba. L'exactitude du diagnostic fut constatée par l'ouverture du corps.

Art. II. — Traitement.

Dans l'état actuel de la science, le véritable cancer de la vessie doit être considéré comme incurable. Si l'on a cru, dans certains cas, en obtenir la guérison, c'est qu'on s'était mépris sur l'existence de la maladie, ou que la lésion était moins avancée qu'on ne le supposait, et qu'au lieu d'un carcinome, c'était un simple fongus qu'on avait à combattre. Cependant, le praticien ne doit pas abandonner le malade. S'il ne guérit pas, il peut soulager, il peut ralentir la marche de l'altération, en atténuer les effets, et rendre moins insupportables les angoisses au milieu desquelles doit se terminer la vie. Le traitement rentre alors dans ce que j'ai dit ailleurs, en traitant des fongus et des lésions incurables du col vésical et de la prostate. Aux moyens sédatifs généraux qui sont du ressort de la médecine, il faut associer avec discernement les procédés de la chirurgie, destinés à faciliter l'émission de l'urine, à déterger la surface interne de la vessie, à entraîner ou à extraire soit des caillots sanguins, soit des masses de substance médullaire et autres qui peuvent séjourner dans ce viscère, et ajouter aux effets de la maladie principale.

En procédant de la sorte, toujours avec une extrême réserve, il m'a semblé que j'étais parvenu à rendre le mal plus supportable, et même, dans les cas peu avancés, à en retarder les pro-

s'était formée
ce stationnaire
s répétées, aux-
plus grand bien,
s à mesure qu'ils
eusement la vita-
ractaires à tous les

lequel je reconnus
, près de l'uretère du
née et difficile, le ma-
ation, et la guérison fut
sa pierre pourrait se re-
vec cette différence qu'au
n eut affaire à une pierre
. J'avais recommandé à ce
n des premiers symptômes,
leurs, de plus en plus vives,
que lorsque la vie lui fut de-
difficile de rendre l'état d'an-
lorsque je le vis; cependant je
uveau calcul. L'opération fut
ement la pierre était friable, peu
e se prolongea pas au delà d'une
tif ne fut pas aussi satisfaisant que
vésicale avait grossi; il y avait un
scence. L'urine, fortement catar-
véreuse très-prononcée. Le malade
e une sensation profonde de malaise
au pubis, et qui persistait souvent
ction. Ces besoins se rapprochèrent au
devinrent pour ainsi dire permanentes.
l'urine, une prédominance de matière
rononcée, que les dépôts se solidifiaient
formés. Le malade rendait, à chaque
etits amas de matière terreuse ou cris-
tout ce qu'on a pu faire pour combattre
utile. Des boissons de toute nature ont

été employées sans succès. C'est seulement par les injections répétées, à grande eau et coup sur coup, qu'on est parvenu à entraîner ces dépôts, dont la formation a diminué ensuite sans cause appréciable. Il en est résulté une amélioration qui a permis au malade de retourner à la campagne, où il a passé l'été de 1850, mais non sans souffrir.

Son état, pendant cette période, peut se résumer ainsi, d'après les renseignements qu'il m'a donnés : les douleurs reviennent par crises, excessivement pénibles, qui se prolongent quelquefois des semaines entières, avec fièvre, perte de l'appétit, du sommeil et amaigrissement. L'irritabilité de l'urèthre et de la vessie est si grande que le malade ne peut supporter alors ni l'introduction de la sonde, ni la présence de l'injection dans la vessie. De temps à autre, l'urine entraîne de petits amas de dépôts terreux amorphes, ce qui produit un mieux sensible, qui ne se soutient pas. Comme tous les malades en proie à de longues souffrances auxquelles ils ne voient pas de terme, celui-ci a consulté différents praticiens, et s'est soumis à divers traitements. Aucun moyen n'a réussi ; il a toujours fallu revenir aux injections, malgré les douleurs que provoquent le passage de la sonde et le contact du liquide avec l'intérieur de la vessie, racornie au point qu'elle peut admettre à peine une ou deux cuillerées d'une eau mucilagineuse. Par suite, les besoins d'uriner sont tellement rapprochés, qu'à peine s'écoule-t-il un quart d'heure entre chaque émission. Au mois d'août, il est survenu une hémorrhagie vésicale très-abondante, qui a mis la vie en danger, et qui a persisté plusieurs jours, malgré le traitement le plus énergique, dirigé par un habile praticien. Les accidents ont cependant cédé, les douleurs pour uriner sont devenues moins vives, et peu à peu le malade a repris assez de force pour revenir à Paris.

Dix jours après son arrivée, l'hématurie s'est reproduite, à la vérité moins abondante et moins opiniâtre que la première fois ; il a suffi, pour l'arrêter, de pratiquer une large saignée, et de prescrire quelques sédatifs. Cependant les besoins d'uriner sont toujours très rapprochés, et chaque émission est accompagnée de fortes douleurs, qui ne cessent pas immédiatement. M. de S*** devant retourner en province, j'ai dû m'assurer si la vessie ne contenait pas de nouveaux calculs ; mais j'ai trouvé ce viscère tellement

ritable, racorni, crispé, qu'il m'a été impossible de faire une xploration complète. Je craignais d'ailleurs de provoquer une ouvelle hémorrhagie. J'ai pensé qu'il était prudent de se borner l'emploi des moyens palliatifs, en continuant les injections, afin l'entraîner les dépôts de muco pus et les petites concrétions de atière calcaire, qui continuent de se reproduire, à un moindre egré cependant, depuis la première hémorrhagie. Les dernières ttres que j'ai reçues de lui m'apprennent que les accidents persistent, et que les hémorrhagies se renouvellent tous les mois.

Nous voyons, dans ce cas très remarquable, un calcul d'acide rique, sous l'influence duquel s'est développée une production ngueuse. Celle-ci a persisté après l'extraction de la pierre, et s bout de sept ou huit mois se sont manifestés un catarrhe vé-cal et une nouvelle pierre de nature essentiellement différente, ais dont le séjour dans la vessie était si incommode, qu'en quelues semaines la vie est devenue insupportable. Une nouvelle pération a débarrassé le malade de la pierre, mais la lésion vé-icale a persisté et a fait de rapides progrès; l'urine a continué l'entraîner des amas de matière calcaire sous la forme de poudre, le sable ou de dépôts terreux, quelquefois en quantité considé-able. La capacité de la vessie a diminué; les injections déter-ives sont devenues pénibles; le malade a cessé de les faire; 'affection catarrhale a augmenté; le muco-pus forme le tiers du iquide expulsé par la vessie avec des douleurs, des angoisses nexprimables. Il est survenu une hémorrhagie effroyable. Les ccidents, et surtout la prédominance de la matière phospha-ique dans l'urine, ont diminué ensuite pendant quelque temps, nais ne cessent pas; le catarrhe persiste; la vessie se resserre de plus en plus, et, quoique les hémorrhagies consécutives aient été moins considérables, on a tout lieu de craindre une termi-naison funeste dans un temps plus ou moins rapproché.

Je dois faire ici une remarque qui ne manque pas d'importance, Moins de deux ans avant d'être attaqué de la pierre, M. de S*** avait été traité pour une maladie fort opiniâtre du larynx et du poumon, qui avait tous les caractères de la phthisie. Un moment même on le crut perdu. Les accidents cessèrent sans qu'on sû pourquoi. Depuis que le malade souffre de la vessie, il n'a plus rien éprouvé du côté des organes de la respiration.

Quant aux innombrables moyens du ressort de la médecine proprement dite, vantés contre l'affection cancéreuse en général, et dont quelques-uns ont été préconisés contre le carcinome de la vessie, il y a peu à compter sur leur action. Qu'à l'exemple de Frédéric Hoffmann, on prescrive l'usage du lait pour diminuer l'acrimonie des urines ; qu'on se borne à l'emploi des sédatifs, ainsi que cela se pratique généralement ; qu'on ait recours à quelques eaux minérales, telles que celles de Spa, de Contrexéville ; ou bien encore que l'on emploie, ainsi que le font quelques praticiens anglais, les acides minéraux, l'acétate de plomb, etc., dans le but de diminuer la fréquence et l'abondance des hémorrhagies : par la prescription de tous ces moyens, on pourra faire assurément une médecine très rationnelle ; mais ce ne sont pas là des médications qui puissent produire d'heureux et définitifs résultats.

Quant à l'usage de l'opium, surtout administré par le rectum, c'est une ressource précieuse, qui peut servir à modérer au moins les angoisses du malade.

CHAPITRE VII.

DU SÉJOUR FORCÉ DE L'URINE DANS LA VESSIE.

Les lésions organiques de la vessie et de ses annexes, que j'ai passées en revue dans cet ouvrage et dans le *Traité de l'affection calculeuse*, n'ont que très rarement, ainsi qu'on l'a vu, des symptômes spéciaux et distincts. Loin qu'il en soit ainsi, leur existence ne se décèle ordinairement, pendant la vie, que par des troubles fonctionnels et des phénomènes généraux, communs à plusieurs d'entre elles. Il résulte de là des causes d'incertitude et d'erreur que j'ai indiquées, mais sur lesquelles je dois revenir en étudiant des états morbides, généralement considérés comme des maladies isolées, et que l'usage a classés dans des chapitres distincts. Il s'agit des affections désignées sous les noms de *rétention*, d'*incontinence d'urine*, d'*hématurie*, de *cystite*, de *catarrhe*, etc.

Je m'arrêterai d'abord sur celle de ces affections que l'on observe le plus communément et dont l'influence est beaucoup

plus grande que ne pourrait le faire penser le silence des observateurs. Le séjour prolongé et plus ou moins forcé de l'urine dans son réservoir, embrasse en effet une série de questions, qu'on n'a pas encore assez étudiées, et dont on comprendra l'importance si l'on veut bien se rappeler qu'en séjournant extraordinairement dans la vessie, l'urine s'altère, acquiert des propriétés irritantes, et produit, à son tour, des inflammations, des érosions, des perforations des parois vésicales, et devient une des principales causes des productions et dégénérescences organiques que nous venons d'étudier.

Le séjour de l'urine dans son réservoir peut se prolonger au delà du terme ordinaire, par deux séries de circonstances différentes. Tantôt l'urine, bien qu'elle ne sorte pas, ou ne sorte qu'incomplétement, ne rencontre rien qui s'oppose à son cours, le canal excréteur étant sain et libre dans toute son étendue; mais les parois de la vessie ont perdu leur puissance expulsive, en totalité ou en partie. Il y a rupture de l'équilibre, dont j'ai parlé dans le premier volume de ce Traité, en exposant le mécanisme de l'excrétion urinaire, et qui doit toujours exister entre la puissance expultrice du corps de la vessie et la résistance de son col, pour que la miction s'exécute régulièrement. Souvent alors l'inertie des parois vésicales est complète, et il ne leur reste plus que l'élasticité commune à tous les tissus vivants. Tantôt, au contraire, la vessie possède toutes les qualités nécessaires pour chasser l'urine au dehors dès qu'elle est suffisamment distendue, mais un point quelconque du conduit excréteur oppose quelques obstacles qui rendent la sortie du liquide difficile, ou même impossible. Comme le résultat définitif est toujours la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, et que, dans la majorité des circonstances, les praticiens ne s'occupent que des grandes perturbations, ils désignent les deux cas sous le nom commun de *rétention d'urine*. Mais cette dénomination est évidemment impropre, lorsqu'il s'agit d'une collection de liquide, qui ne se forme que parce que le réservoir a perdu la faculté de l'expulser. J'appellerai donc le premier cas *stagnation* et le second *rétention d'urine* (1).

(1) A cette distinction se rattachent des questions qui sont loin d'être élucidées, malgré les intéressantes recherches auxquelles on s'est livré dans ces

Les conséquences et le mode de traitement de ces deux états ne diffèrent pas moins que leurs causes. D'un côté, les désordres tiennent aux efforts expulsifs de la vessie, et, de l'autre, ils dépendent surtout des caractères morbides qu'acquiert l'urine, de son action prolongée sur la membrane interne de la vessie, et de la distension permanente de cet organe; à quoi on peut ajouter les effets de la résorption urineuse qui ne nous paraît pas contestable. Ici, l'art doit tendre à ranimer la contractilité vésicale; là, son but est d'écarter les obstacles qui paralysent les efforts du réservoir de l'urine. Si, dans l'un et l'autre cas, on a quelquefois recours aux mêmes moyens, c'est qu'il y a des indications semblables à remplir, celle, par exemple, de faciliter l'excrétion urinaire. Ainsi, que le liquide ne soit pas chassé, ou qu'il soit retenu, on introduit une sonde; mais c'est dans le premier cas, pour suppléer à la perte d'action de la vessie, et dans le second, pour faire cesser les obstacles qui occasionnent la rétention. Du reste, les deux états ne sont pas sans avoir certains rapports, en ce sens du moins qu'ils peuvent se succéder l'un à l'autre, et jouer réciproquement le double rôle de cause et d'effet.

Art. Ier. — De la stagnation de l'urine.

A l'état morbide dont l'étude est l'objet de cet article doivent se rattacher les faits de rétention d'urine par paralysie complète ou incomplète de la vessie, dont la science est déja en possession. Une longue expérience m'a prouvé que ce dernier état du réservoir de l'urine n'avait pas suffisamment fixé l'attention des observateurs, et que surtout on avait négligé des points importants de thérapeutique qui s'y rattachent. J'ai essayé de remplir cette lacune.

L'atonie ou la paralysie de la vessie, et la stagnation de l'urine qui en est la conséquence, peuvent être le résultat de conditions opposées des parois vésicales.

derniers temps; mais il serait au moins inutile, dans ce livre, essentiellement pratique, de les reproduire, même sous forme de résumé. Je ferai seulement, à leur sujet, quelques remarques à mesure que les faits se présenteront.

de cas, les parois vésicales, minces,
ne pas avoir reçu leur développe-
s sont frappées semble une con-
lsance congénitale de texture,
ause prédisposante exerçant
n que la couche muscu-
le n'agit que faiblement
flux nerveux.
nsiste, au contraire,
tat d'appauvrisse-
is vésicales qui
à colonnes sail-
lité est enrayée
ain i qu'on l'observe chez
te l'observation, mais le plus sou-
te et progressive, au point que la vessie
ns la faculté d'expulser l'urine. Il s'opère alors
atrophie musculaire, constatée par l'autopsie.

ecueilli depuis plus de trente ans sur ces états de la vessie
r la stagnation d'urine à laquelle ils peuvent donner lieu, des faits nombreux, d'un grand intérêt, et qui parurent d'abord si extraordinaires, qu'il ne fallut pas moins que leur reproduction dans la pratique pour dissiper les doutes et les faire admettre.

Les faits nouveaux excitent fréquemment les objections et rencontrent l'incrédulité, non-seulement parce que nous sommes enclins à repousser ce qui s'écarte des lois établies, mais aussi, et plus encore, parce que nous n'admettons que difficilement des observations qui nous ont échappé à nous-mêmes.

Ne serais-je pas fondé à demander à mes adversaires encyclopédistes si ce que j'ai observé dans le muscle de la vessie, ils ne l'auraient pas méconnu dans d'autres muscles de la vie animale ou de la vie organique? N'y a-t-il pas, en effet, d'autres viscères creux dont la force expulsive a pu diminuer ou s'être perdue sans cause extérieure appréciable, en dehors de toute lesion constatée des centres nerveux correspondants? Lorsque M. Cruveilhier eut constaté que d'autres muscles étaient également susceptibles d'éprouver une sorte d'atrophie, sa premiere communication à l'Académie, en mars 1852, sur ces paralysies musculaires

atrophiques (1), n'étonna-t-elle pas beaucoup aussi un certain nombre de praticiens, et des observations ultérieures ne furent-elles pas également nécessaires pour faire prendre rang dans la science à ces nouveaux faits confirmatifs des premiers?

J'établirai une distinction dont il est facile de prévoir l'importance.

§ 1. — Stagnation de l'urine avec amincissement primitif des parois vésicales.

Dans cette première série de cas, qui est la plus nombreuse, il est d'une haute importance de distinguer les effets qui tiennent exclusivement à l'inertie propre de la vessie et qui constituent l'inertie relative de ce viscère; et ceux que peuvent produire des états morbides concomitants, qui enrayent l'action contractile du viscère. J'étudierai successivement les cas simples et les cas compliqués.

1° *Cas simples.*

Beaucoup de personnes, de tout âge et de toute condition, éprouvent, dans l'exercice des fonctions de la vessie, des troubles vagues, qu'on ne peut rattacher à aucune cause particulière, et dont elles ne font, presque jamais, qu'un exposé diffus et incohérent. Le praticien peu exercé ne découvrant, d'après ces récits, aucun état morbide caractérisé, se borne fréquemment à prescrire les moyens généraux indiqués contre les irritations qu'il entrevoit, et le malade continue de vivre, non avec des souffrances, car il ne ressent pas de véritables douleurs, mais avec du malaise, et dans un état d'indisposition qui peut durer de longues années. En examinant le sujet avec plus de soin, on ne tarde pas à s'apercevoir que les besoins d'uriner se manifestent par un sentiment de malaise, plutôt que par la sensation spéciale que chacun connaît pour l'avoir éprouvée, et que le malade urine mal; qu'il est obligé de pousser pour faire partir le liquide, aussi bien que pour en chasser les dernières gouttes, et qu'il ne parvient à donner le dernier coup de piston qu'après quelques tentatives infructueuses; enfin, que le jet de l'urine est généralement faible, surtout en commençant et en finissant. Si le malade résiste pendant quelque temps au besoin d'uriner, il a plus de peine à faire

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVIII, p. 490, 546.

sort pas franchement :
. tantôt par un jet fili-
ns jet, principalement au
ube entre les jambes, sur la
de temps assez court, le besoin
que jour on est à même d observer
rattache à divers états morbides de
. il ne s'agit ici que des cas dans lesquels
fait capital, la source principale des trou-
observés.

comme dans les autres, des conséquences graves
venir. D'un côté, ainsi que je l'ai déjà dit, l'urine,
ne dans son réservoir beaucoup plus longtemps qu'elle
t le faire, acquiert des qualités morbides, et devient de
en plus irritante pour la membrane muqueuse vésicale. D'un
autre côté, à mesure que l'état de gêne et de réplétion habituelle se prolonge, l'organe se fatigue d'un travail dont le malade n'a pas conscience, mais qui s'accomplit réellement : l'urine, par son accumulation, dilate la vessie, dont les parois se relâchent, dont les fibres s'affaiblissent en s'allongeant, et dont la capacité s'agrandit. Dès lors le viscère perd de plus en plus sa faculté contractile, et un moment arrive où, remplissant l'excavation pelvienne, il forme, au-dessus des pubis, une saillie plus ou moins élevée, que Morgagni a vue monter au-dessus de l'ombilic, Hunter à l'épigastre, et Bishop s'étendre au côté droit, depuis la symphyse pubienne jusqu'à la onzième côte.

Dans cet état de plénitude de la vessie, qui peut rester longtemps stationnaire, les uretères se dilatent et les reins eux-mêmes finissent par être atteints. Ces effets sont d'autant moins rares que la distension de la vessie, sans obstacle matériel au cours de l'urine, ne cesse pas en quelques instants, comme on l'a prétendu, mais persiste, au contraire, durant des semaines, des mois, et produit, par suite, les désordres les plus variés et les plus graves.

a. Diagnostic.

Cet état n'est pas aussi facile à reconnaître qu'on pourrait le supposer; les malades accusent, non une douleur réelle, mais une

sensation de malaise vague et général. La vessie distendue ne forme pas, au-dessus du pubis, une tumeur dure, arrondie, rénitente, comme on le voit dans le cas de rétention d'urine, avec tension de ce viscère et contractions énergiques de ses parois. On sent, à travers les téguments de l'abdomen, un empâtement formé par un liquide peu ou point comprimé, et qui semble à peine ramassé. La vessie est molle, lâche; incapable de réaction, elle cède, principalement vers les points où elle rencontre le moins de résistance. Ainsi, c'est en arrière et vers les fosses iliaques qu'elle s'étend le plus, et, si elle s'élève d'une certaine quantité au-dessus des pubis, on a quelquefois d'autant plus de peine à la distinguer que la saillie qu'elle forme offre moins de résistance, et se confond avec la masse des intestins. Dans le soulèvement vague et diffus de la région, il est impossible de reconnaître la vessie, surtout lorsque le sujet a de l'embonpoint, et qu'il existe une tension abdominale considérable. A la vérité cet état n'est pas celui qu'on rencontre le plus communément; car, presque toujours, le ventre est mou, flasque et facilement dépressible.

J'ai examiné un grand nombre de malades de cette espèce, et j'ai pu me convaincre que le toucher par le rectum, non plus que l'examen par la région hypogastrique, ne suffisent pas toujours pour faire apprécier cette forme d'ampliation de la vessie, lorsque ses parois ne sont pas fortement tendues. Les plus habiles praticiens sont également demeurés plus d'une fois dans le doute sur le véritable caractère de la tumeur, qui a été prise fréquemment pour une hydropisie, un épanchement dans la cavité abdominale, ou même une maladie de toute autre nature. Frank cite un cas où elle fut attribuée à une ascite, que la sonde seule guérit en retirant six kilogrammes d'urine, sans cependant encore opérer une déplétion complète.

Sabatier parle d'une femme qu'on se proposait d'envoyer aux eaux, afin d'obtenir la fonte d'une tumeur qui lui était survenue à l'hypogastre, quelque temps après l'accouchement, et qu'on croyait avoir son siége dans la matrice; cette tumeur n'était autre chose que la vessie distendue, et elle disparut par le seul fait de l'introduction d'une sonde. On ne s'était même pas douté de sa nature, parce que la femme urinait à volonté, et que, dans un temps donné, elle rendait autant d'urine que le

jit une personne en santé. Une jeune primipare, dont le docteur Jumenthal a rapporté l'histoire, se plaignit, après être accouchée, de vives douleurs dans l'abdomen; depuis sa délivrance, elle avait uriné souvent, mais peu à la fois; on croyait sentir la matrice au-dessus de la symphyse. Cependant, comme la tumeur s'accrut peu à peu, au point de dépasser l'ombilic, et qu'on y sentait une sorte de fluctuation, le soupçon vint qu'elle pourrait bien être due à la vessie remplie outre mesure; en effet, la sonde, qu'on prit le parti d'introduire, évacua dix à douze litres d'urine.

La pratique m'a offert quelques-unes de ces affections, dans lesquelles l'ensemble des symptômes avait fait présumer une toute autre maladie que l'état de plénitude de la vessie. Dans un cas dont j'ai consigné ailleurs les détails, je fus appelé par un grand praticien qui traitait depuis plusieurs mois un malade pour une ascite. Je fis sortir de la vessie trois litres d'urine; et alors seulement la nature du mal devint évidente. Un autre cas des plus remarquables, est celui d'une jeune demoiselle russe dont la vessie, s'élevant au-dessus de l'ombilic, formait une tumeur splatie, assez molle et très large, sur la nature de laquelle les médecins les plus distingués de la Russie n'avaient pu s'accorder, et qui, lorsqu'on eut reconnu à Berlin qu'elle était formée par la vessie, fut attribuée à une foule de causes illusoires ou sans valeur. L'état de cette demoiselle dépendait primitivement d'une névralgie de l'urèthre et du col vésical, qui avait produit, dans l'excrétion de l'urine, un trouble, à la suite duquel étaient survenues d'abord l'atonie, puis la paralysie du corps de l'organe. Quant aux désordres et accidents ultérieurs, ils reconnaissaient pour cause le séjour trop prolongé et l'altération de l'urine dans son réservoir.

Un autre état morbide, concomitant ou consécutif, peut contribuer encore à rendre le diagnostic plus incertain.

Le 11 octobre 1851, j'ai observé un cas fort remarquable. Le comte C. de G..., sexagénaire, ancien militaire, avait éprouvé, pendant deux ans, un trouble notable des fonctions digestives, accompagné de nausées et de vomissements. Plusieurs praticiens furent consultés; on employa divers moyens qui ne produisirent pas l'effet qu'on en attendait. Il y avait dépravation

du goût, aversion extrême pour les aliments, surtout ceux de nature animale. Le malade sentait ses forces diminuer : il maigrissait, et cependant le ventre avait un volume considérable. Du reste, M le comte avait remarqué qu'il restait fort longtemps sans uriner, ce qu'il considérait comme un indice de force; que souvent même il avait de la peine à faire partir l'urine. Dans une consultation où se trouvait M. Chomel, il fut reconnu que la vessie ne se vidait pas, et que je serais appelé. Le lendemain, je vis le malade en présence de son médecin ordinaire : la tumeur vésicale, peu dure et sans rénitence, s'élevait au-dessus de l'ombilic; la pression abdominale déterminait à peine un vague besoin d'uriner, et cependant la sonde donna issue à environ trois litres d'urine. Ainsi se trouva constaté un état morbide que le malade ne soupçonnait pas, et qui avait échappé à l'attention des premiers médecins, bien que le volume du ventre fût hors de proportion avec la constitution du sujet. Toute l'attention des hommes de l'art se concentrait sur l'estomac, et cette préoccupation trop exclusive les détournait de la véritable cause des désordres. Le malade, qui n'éprouvait rien d'extraordinaire du côté de la vessie, ne fut pas peu surpris d'apprendre que c'était là le point de départ des accidents qu'il avait éprouvés.

Ce qui contribue le plus, dans les cas de ce genre, à répandre de l'incertitude sur le diagnostic, c'est que, dans un certain nombre de cas, le malade n'éprouve que des troubles passagers dans l'émission de l'urine, et qu'il peut recouvrer pour assez longtemps la faculté d'uriner presque naturellement; c'est-à-dire que les besoins sont assez rapprochés, mais qu'il peut les satisfaire sans de grands efforts, et que, dans les intervalles, il ressent seulement de la gêne, de l'embarras, sans autre indice de la plénitude de la vessie.

Ainsi, les sensations du malade sont généralement peu propres à éclairer, et l'obscurité augmente encore s'il existe des déformations primitives ou acquises du réservoir de l'urine. Nous avons vu, en traitant des hernies et des cellules vésicales, que la vessie distendue est susceptible de présenter les formes les plus extraordinaires. Dans quelques cas, la tumeur urinaire, au lieu d'occuper la partie médiane de l'hypogastre, se déjette fortement à droite ou à gauche, ainsi que je l'ai observé chez plu-

sieurs malades, entre autres Kargariou et Gillet. Il suffit de rappeler ces particularités pour que le médecin sente la nécessité de se tenir sur ses gardes, afin de ne pas confondre, comme on l'a fait si souvent, ces sortes de tumeurs insolites de la vessie avec d'autres maladies des organes contenus dans l'abdomen. Ajoutons que ces dispositions inaccoutumées du réservoir de l'urine ont, d'ailleurs, une grande influence sur le développement de l'atonie vésicale, et sur la stagnation de l'urine. Il en est de même de la plupart des lésions organiques de la prostate et du col de la vessie que j'ai passées en revue, et qui peuvent concourir aussi à produire l'atonie et la paralysie de la vessie, d'où résultent des cas compliqués sur lesquels je reviendrai. Il ne s'agit ici que de ceux à l'égard desquels le diagnostic est le moins obscur.

Si les signes rationnels tirés de l'examen du sujet au moment où il consulte, et les sensations qu'il décrit sont presque toujours insuffisants pour faire reconnaître la stagnation de l'urine dans son réservoir, surtout au début de la maladie, l'art possède un moyen facile et sûr d'éclairer le chirurgien : c'est l'introduction d'une sonde dans la vessie, immédiatement après que le malade a uriné. S'il s'écoule alors une nouvelle quantité de liquide, sans qu'on découvre d'obstacle ni dans l'urèthre, ni au col vésical, et sans qu'il y ait lieu de soupçonner l'existence de cellules, on peut être assuré que le viscère ne possède pas assez d'énergie, et que l'urine y séjourne par cette raison. Mais pour s'assurer qu'il y a réellement stagnation de l'urine, il ne faut pas se borner, comme on paraît l'avoir fait trop souvent, à observer ce qui se passe quand on sonde le malade debout ou agenouillé. En effet, l'urine jaillit alors avec plus ou moins de force, quelquefois même entre la sonde et le canal. Dans cette position l'urine obéit aux lois de la pesanteur, au poids des viscères abdominaux appliqués sur la voûte que forme la vessie distendue, et même à celui de la masse du liquide placé au-dessus du point d'où part l'écoulement.

Les choses se passeront autrement si l'on sonde le malade dans la position horizontale. Dès que l'instrument a pénétré dans la vessie, la première colonne liquide est lancée à distance par l'effet de l'organe surdistendu ; mais bientôt ce jet se ralentit, s'ar-

rête même, l'urine s'écoule en bavant, et cesserait de sortir, si l'on n'appuyait la main sur l'hypogastre, ainsi que le recommandait A. Paré, ou si l'on n'engageait le malade à faire effort comme pour aller à la selle. Ast. Cooper, appelé auprès d'un malade atteint de paralysie de la vessie, le fit coucher, et introduisit sans difficulté une sonde dont on sentait le bec au-dessus du pubis, mais l'urine ne sortait pas; il le fit asseoir, et elle sortit; dans la station sur les pieds elle sortit également, mais elle cessa de couler dès qu'on eut replacé le malade dans la position couchée. Ce fait ne présente rien qui doive surprendre, et je ne le cite que comme une preuve de plus de ce que j'ai établi depuis longtemps. La quantité d'urine qu'on retire ainsi fait connaître de combien la vessie est paresseuse. Mais, pour acquérir des notions précises à cet égard, il faut sonder à plusieurs reprises, et à d'assez longs intervalles, attendu que, quand la maladie est encore peu avancée, l'atonie de la vessie peut ne point être permanente; de sorte que ce n'est qu'en multipliant le cathétérisme évacuatif qu'on parvient à lever tous les doutes. Pendant l'écoulement de l'urine, on observe souvent une particularité qui rend plus évidente encore l'inertie de la vessie; c'est une espèce d'ondulation, un mouvement de va-et-vient que la respiration du malade imprime à l'urine qui sort.

Il est d'autres moyens encore, auxquels j'ai eu recours pour assurer le diagnostic, et dont je ne saurais trop recommander l'emploi.

Après avoir retiré avec la sonde tout ce qui reste d'urine dans la vessie, je fais plusieurs injections d'eau froide. La première sort comme l'urine, pour ainsi dire, en bavant. Le liquide tombe perpendiculairement, sans former de jet, à moins que le malade ne fasse des efforts, qu'on ne le sonde debout, ou qu'on ne comprime l'hypogastre. Aux injections suivantes, l'eau est chassée par les seules contractions de la vessie, sans que le sujet pousse, et sans qu'il soit nécessaire d'appuyer sur le ventre. Ces contractions vésicales, provoquées par l'injection, surtout à une basse température, s'établissent d'autant plus vite, et avec d'autant plus de force, que l'atonie de la vessie est moins avancée. La quantité de liquide qu'on peut introduire, ou le nombre des injections qu'il faut pousser avant que le malade éprouve le be-

soin d'uriner, et les contractions de la vessie qui se manifestent, donnent la mesure du degré d'ampliation de l'organe et de celui de l'inertie de ses parois.

Ainsi, par le seul fait de l'introduction de la sonde et des injections, le chirurgien peut s'assurer et de la capacité de la vessie et du degré d'énergie qu'elle conserve. En outre, comme je l'ai démontré dans les chapitres précédents, il est conduit par la même opération à constater, ou du moins à soupçonner plusieurs des lésions qui viennent d'être étudiées, et qui exercent de l'influence sur l'émission de l'urine. L'utilité de cette exploration frappe tout d'abord, car elle est le guide le plus sûr pour arriver à se faire une idée nette de la maladie, et à déterminer le choix des moyens curatifs.

Cependant il ne suffit pas de reconnaître l'état présent du malade, il faut remonter plus loin, et rechercher si, dans son enfance, ou même à un âge plus avancé, il n'urinait pas au lit. Il faut s'informer de l'époque a laquelle il a commencé à remarquer que le jet de l'urine était moins roide, moins nourri, que les besoins renaissaient plus fréquemment, et que l'émission devenait difficile après s'être retenu; il faut savoir si l'urine a déposé autrefois, si elle le fait encore, s'il y a des constipations opiniâtres, etc. Il n'est pas indifférent non plus de porter son attention, quant à l'état local ou général, sur d'autres particularités également dignes d'être prises en considération, comme la flaccidité de la verge, le relâchement du scrotum, le développement plus considérable du gland, la mollesse de la constitution, la décoloration des téguments, la diminution des forces et de l'embonpoint. A ces dispositions, qui d'ailleurs n'ont rien de constant, viennent se joindre les symptômes dérivés des états nerveux de l'urèthre et du col vésical, des lésions organiques de la prostate, de la vessie et des tissus voisins; enfin, à une époque plus avancée les divers dépôts de l'urine qui constituent le catarrhe vésical, les troubles des principales fonctions, la fièvre, etc. Ainsi, ce n'est pas seulement l'état de la vessie qu'il faut étudier ; les symptômes et les particularités que je viens d'énoncer méritent d'autant plus d'être pris en considération, qu'on se trouve conduit par là à mieux apprécier l'état morbide qu'il s'agit de combattre, et à mieux déterminer la médication dans chaque série de cas. Pour

rète même, l'urine s'écoule en bavant, et ce [illegible] l'on n'appuyait la main sur l'hypogastre, ainsi [illegible] dait A. Paré, ou si l'on n'engageait le malade [illegible] pour aller à la selle. Ast. Cooper, appel[illegible] morbid[illegible] atteint de paralysie de la vessie, le fit [illegible] ou les lési[illegible] sans difficulté une sonde dont on [illegible] à la vessie. [illegible] pubis, mais l'urine ne sortait pas; il [illegible] exploration [illegible] dans la station sur les pieds elle so[illegible] peut être [illegible] de couler dès qu'on eut replacé le [illegible] chée. Ce fait ne présente rien [illegible] cite que comme une preuve de [illegible] longtemps. La quantité d'u[illegible] ou d'un conduit ex[illegible] de combien la vessie est pa[illegible] souvent pour en[illegible] tions précises à cet égard, [illegible] puissance contractile [illegible] à d'assez longs intervall[illegible] pour l'urèthre, et [illegible] encore peu avancée, l'[illegible] remarqué que la vessie [illegible] manente; de sorte que [illegible] n'était plus impress[illegible] évacuatif qu'on pa[illegible] le, le fait, déjà obser[illegible] lement de l'urine [illegible] pour dans la pratique; o[illegible] plus évidente [illegible] Tel malade, qui urinait av[illegible] dulation, un [illegible] des lésions organiques, n[illegible] malade impro[illegible]

Il est d'a[illegible] où l'on a rendu la liberté à [illegible] revendrai sur ce sujet. [illegible] assurer le [illegible] les seuls dont j'aie à m'o[illegible] l'emploi.

Après [illegible] de l'atonie vésicale varie surto[illegible] la vessi[illegible] la maladie, dont je crois nécessaire[illegible] sort co[illegible] rapport, trois degrés.

perpe[illegible] — Le hasard seul, quelque circonstan[illegible] ne fa[illegible] communément une maladie accessoire, [illegible] prin[illegible] soit de l'ensemble de l'économie, nous [illegible] par [illegible] d'atonie simple de la vessie, sans dist[illegible] et [illegible] de ses parois, sans catarrhe, sans troubles [illegible] tra[illegible] manifestes. Dans ce cas, les ressources de l'art o[illegible] ba[illegible] admirable. En quelques jours, on restitue à la ve[illegible] ta[illegible] de force qui lui est nécessaire pour expulser l'urin[illegible] L[illegible] ligne ni efforts. Une fois le diagnostic bien établi, le trait[illegible] in[illegible] ne présente aucune incertitude.

Lorsqu'il s'agit d'une atonie simple et récente, qui entraîne des difficultés accidentelles d'uriner, de la lenteur et de la faiblesse dans le jet de l'urine, il suffit quelquefois d'appliquer des compresses imbibées d'eau fraîche, sur le pénis, le périnée, l'hypogastre ou la partie interne des cuisses, de jeter au visage de l'eau froide, ou de faire plonger les mains dans ce liquide. C'est alors aussi que les lavements froids, qu'on n'emploie pas assez souvent, sont d'une grande utilité. Par leur usage, j'ai guéri en peu de temps un grand nombre de malades dont la vessie fonctionnait péniblement. Quant aux bains de siége frais, préconisés par quelques auteurs, leur action est moins certaine; on peut toutefois y avoir recours, sous la forme d'immersion, qu'on réitère une ou deux fois par jour. On a aussi conseillé l'application de la glace sur l'hypogastre; on a engagé les malades à descendre dans une cave pour uriner en lieu frais, ou à se promener les pieds nus sur le carreau : ces pratiques, sous l'influence desquelles se rétablit quelquefois le cours de l'urine, momentanément interrompu, ne suffisent cependant pas pour opérer la guérison et prévenir le retour des accidents.

Il importe d'agir directement sur la contractilité de la vessie, après avoir écarté les causes dont la persistance ne fait qu'aggraver la position du malade, et pourrait entraver l'effet du traitement. Il faut aussi combattre l'habitude d'uriner sans sortir du lit, et celle, plus funeste encore, de ne pas prendre le temps de vider complétement la vessie.

En traitant des névralgies de l'urèthre et du col vésical, j'ai cité plusieurs cas dans lesquels il a suffi de modifier la sensibilité de ces parties par l'introduction des bougies, et de pratiquer quelques injections d'eau froide, pour faire cesser l'atonie vésicale, qui coïncidait avec la névralgie. Dans d'autres circonstances, que j'ai également fait connaître, il n'a fallu que remédier à une constipation opiniâtre pour obtenir que l'urine ne fît plus un séjour prolongé dans son réservoir. Ce sont là des cas simples, où les indications ne sauraient être méconnues des médecins attentifs. Heureux le malade qui réclame les secours de l'art à cette époque, et avant le développement des complications que nous allons trouver dans les degrés plus avancés. Le succès est alors aussi certain que le traitement est simple. Rien de plus facile, je le re-

dis, que d'obtenir la guérison lorsque la maladie est peu ancienne, peu développée, que la vessie n'a pas été longtemps surdistendue, et qu'il n'existe aucune complication ni de catarrhe vésical, ni de lésion organique à la prostate, à la vessie, à l'urèthre, ou aux organes voisins.

Second degré. — Lorsque cet état morbide, d'abord si simple et si facile à traiter, a été négligé, ce qui arrive le plus ordinairement, il s'étend et s'aggrave, ou se complique d'autres états qui rendent le traitement plus long, plus compliqué, plus difficile, et d'un résultat heureux moins assuré. Il n'est pas rare, d'ailleurs, qu'indépendamment des complications accidentelles qu'on voit survenir, le malade soit atteint d'états morbides déjà anciens et méconnus, qui ont précédé l'atonie de la vessie, et qui contribuent beaucoup à entraver le traitement, à le semer de difficultés.

On rencontre, à chaque instant, des malades dont la vessie ne se vide pas complétement à chaque émission. En général, le sujet n'est point averti de cette insuffisance d'action de la vessie; il croit bien n'avoir pas fini d'uriner; mais comme il ne souffre point, il n'en prend aucun souci. S'il est avancé en âge, il croit voir là un effet nécessaire de la vieillesse. Cet état peut durer des semaines, des mois, des années, sans imminence de danger. La demi-plénitude habituelle de la vessie devient pour ainsi dire une condition normale, et l'organe, dans les limites de la contraction bornée dont il est encore susceptible, expulse l'urine, non avec force ni complétement, mais avec une sorte de facilité : il y a demi-paralysie.

C'est pendant l'exercice de cette fonction ainsi limitée, que le malade éprouve une série de symptômes qui aboutissent au second degré de la stagnation d'urine, et si l'on n'arrive pas en toute hâte à son secours, sa position ne tarde pas à devenir grave; il peut même survenir une véritable rétention d'urine; mais, avant que les choses atteignent à ce point, les accidents de la première période deviennent plus intenses et plus prolongés; les besoins d'uriner se rapprochent de plus en plus; il faut un laps de temps plus considérable pour les satisfaire; l'urine est souvent louche, nuageuse, fétide, et si l'on introduit une sonde, outre qu'il sort une quantité de liquide supérieure à celle que le

est plus épais et plus co-
de résiste au besoin qu'il
s de table, s'il entreprend un
rive de ne plus pouvoir uriner.
ralement usité en pareil cas, ont
er. Au lieu de débarrasser promptement
qui la distend, dit-il, on prodigue les
ales, les bains, les cataplasmes, les fo-
ents, les boissons délayantes, les rafrai-
pareille conduite, qui tient presque toujours
nait la véritable nature de la maladie, ou à ce
l avec d'autres, n'a pas seulement l'inconvénient
les souffrances des malades, elle contribue encore
r état plus difficile à guérir ou même incurable, en
les parois de la vessie à une distension excessive, qui
mener sa paralysie complète.

première indication qui se présente est donc de vider la
e au moyen d'une sonde. Mais ici nous ne trouvons, même
ts les meilleurs auteurs, que des préceptes vagues et souvent
contradictoires. Sans préciser les cas, sans tenir compte de l'état
des organes qui produisent ou compliquent l'atonie de la vessie,
on s'est borné à dire, avec Chopart, Sœmmering et autres, qu'il
faut introduire la sonde et donner issue à la totalité de l'urine,
afin de ne pas laisser au fond de la vessie, un dépôt épais qui,
devenant putride par son séjour, exercerait une action irritante
sur les parois du viscère. On a même prescrit d'établir une com-
pression sur l'hypogastre, d'appliquer un bandage de corps serré,
de laisser une sonde à demeure, sans la boucher, afin que l'urine
coule continuellement, et que les parois de la vessie ne soient
jamais écartées. Enfin, pour que cette indication fût plus sûre-
ment remplie, on a proposé de pomper le liquide avec une se-
ringue de construction particulière, ou d'assurer son écoulement
forcé, à l'aide de sondes disposées en siphon, agissant par une
aspiration continue. Il serait difficile assurément de trouver une
série de préceptes aussi contraires à la saine pratique.

Ce n'est pas dans des préceptes si peu précis que consiste une
pratique rationnelle. Voici la marche que j'ai l'habitude de suivre :
lorsqu'une rétention d'urine accidentelle succède à une atonie

vésicale plus ou moins ancienne, sans complications, sans désordres graves, il convient d'introduire la sonde par le procédé que j'ai décrit, dans les volumes précédents, et toujours avec précaution; de laisser couler l'urine complétement, mais avec lenteur, même avec des suspensions, et de retirer ensuite l'instrument. Cette conduite est applicable, par exemple, aux cas peu graves sans fièvre, et lorsque la rétention d'urine est plutôt un accident qu'un résultat préparé de longue main. Dans ceux, au contraire, où l'inaction de la vessie n'est que le dernier terme d'une inertie progressive, il faut laisser écouler l'urine plus lentement encore, par portion, et s'arrêter avant la fin, lorsque le globe vésical est rentré dans l'excavation pelvienne. Ce précepte, dont nous trouvons l'indication dans Tolet, Colot et autres, est d'une extrême importance, et doit être observé, bien que Desault ait soutenu le contraire. (*Journal*, t. I, p. 175.)

Au bout de quelques heures, lorsque le ventre grossit, que de nouveau les besoins se reproduisent, et que le malade s'est déjà présenté plusieurs fois sans pouvoir les satisfaire, on vide derechef la vessie, toujours avec les mêmes ménagements, et sans laisser la sonde en permanence. On continue d'agir de la sorte pendant plusieurs jours. Si l'on acquiert ainsi la certitude que la vessie ne peut se vider par ses propres contractions, on continue de sonder le malade de trois à cinq fois par jour, et même plus souvent, s'il y a nécessité de le faire; ce dont on est averti par de pressants besoins d'uriner qui n'aboutissent à rien, malgré les efforts énergiques d'expulsion. Dès que l'urèthre et le col vésical sont accoutumés au passage de l'algalie, on peut laisser une sonde à demeure, ce qui est indiqué d'ailleurs par l'impossibilité de se rendre auprès du malade aussi souvent que son état pourrait l'exiger. Mais, dans la plupart des cas, ceux surtout qui sont douteux, la prudence commande de ne pas procéder de suite au placement de la sonde à demeure, afin de mieux apprécier le degré d'irritabilité de l'urèthre et du col vésical, qui pourrait être telle, que la présence prolongée de l'instrument donnât lieu à des accidents.

Un ancien général, plus qu'octogénaire et d'une constitution faible, remarquait, depuis plusieurs années, que son urine était expulsée avec lenteur et difficulté. Il était surtout obligé de faire

ses efforts et d'attendre pour déterminer la sortie des premières gouttes de liquide. La veille du jour où je le vis, il avait présidé une société savante, et résisté quelque temps au besoin d'uriner : lorsque ensuite il se présenta pour le satisfaire, il ne put y parvenir. Appelé au bout de douze heures, je retirai deux livres d'urine bourbeuse et sanguinolente. Un peu de soulagement fut la suite de cette évacuation : mais la vessie ayant non-seulement perdu son ressort, il fallut répéter le cathétérisme trois fois par jour. Le troisième jour, les besoins d'uriner se rapprochèrent et l'urèthre parut moins irritable ; je plaçai une sonde à demeure que le malade supporta sans peine pendant quelques jours. Cependant la faiblesse augmenta ; le pouls acquit de la fréquence, l'urèthre redevint sensible ; la verge se gonfla. Je retirai la sonde pour la remettre en place quelques jours après. Dans cet intervalle, on l'introduisit quatre fois par jour. Enfin, quand on la replaça à demeure, elle fut mieux supportée, et il ne parut plus d'accidents du côté de l'urèthre. La santé commençait à revenir, lorsque le malade fut enlevé par le choléra.

Les particularités qui se sont offertes dans ce cas au sujet des accidents provoqués par la sonde à demeure, se voient fréquemment. Alors même qu'on a diminué la sensibilité de l'urèthre et accoutumé les parties au contact de la sonde par de fréquentes introductions, il n'est pas rare qu'après trois ou quatre jours de séjour permanent dans le canal, l'instrument donne lieu à de l'agitation, à de la fièvre. Le laisser en place alors entraîne de graves inconvénients. On ne doit donc pas hésiter à le retirer, et à pratiquer le cathétérisme aussi souvent que le besoin d'uriner se fait sentir avec force. Au bout de quelques jours l'irritation locale a diminué d'une manière sensible, et l'on peut replacer la sonde, qui ne donne généralement plus lieu aux mêmes désordres.

Je fus consulté, en 1829, par l'un des administrateurs de l'établissement de Tivoli, qui souffrait depuis longtemps du cou de la vessie, sans que la maladie présentât des caractères tranchés. On avait placé une sonde à demeure pour remédier à des difficultés d'uriner, dues à l'atonie de la vessie ; mais elle fatigua horriblement le malade, qui la supporta cependant, malgré l'agitation et la fièvre qu'elle déterminait. Lorsque je fus appelé, un

abcès existait dans la partie profonde du périnée. J'en fis l'ouverture, et donnai issue à du pus épais, très fétide et sanguinolent. Je fus obligé de retirer la sonde, à cause des douleurs occasionnées par sa présence, et l'urine s'écoula en partie par la plaie et en partie par la verge. Au bout de deux jours, j'essayai de replacer la sonde; mais cette fois encore elle ne put être supportée: le gonflement du pénis, qui avait précédé la formation de l'abcès, reparut; l'urèthre était tellement irritable que le simple passage d'une bougie faisait frissonner le malade. Je me bornai à combattre cette irritation par des applications émollientes et sédatives, des lavements calmants, des boissons abondantes. Ensuite je repris l'usage de la sonde à demeure; les symptômes locaux et généraux s'effacèrent, la plaie se cicatrisa, et j'obtins une guérison complète. En 1850, j'ai revu ce malade, dont la santé a toujours été parfaite.

Dans les cas de ce genre, il faut être sobre de l'emploi des sondes à demeure, et quoique l'autre mode tienne le malade et le praticien dans un assujettissement quelquefois pénible, on ne doit pas hésiter à le préférer.

L'expérience m'a pleinement convaincu qu'en général l'urèthre, le col de la vessie et le corps de cet organe supportent mieux les introductions réitérées de la sonde que son séjour permanent. C'était aussi l'opinion de Desault (1). On évite par là les indurations, les squirrhosités, les ulcérations des parois uréthrales et de la prostate, les écoulements uréthraux, les catarrhes, et quelques lésions de la vessie, qui sont les conséquences si fréquentes de l'ancienne méthode. Il est donc préférable, lorsque le traitement se prolonge, d'enseigner au malade, ou à quelqu'un de ceux qui l'entourent, à introduire une sonde à courbure fixe et sans mandrin, ce qui ne présente aucune difficulté, surtout lorsque l'urèthre est à l'état normal et que la prostate ne présente aucune altération. S'il survient par hasard un peu d'exaspération dans la sensibilité, le chirurgien fera lui-même l'opération pendant quelques jours, et jusqu'à ce que le calme soit rétabli.

Un octogénaire, épuisé par une longue série d'indispositions

(1) *Journal de chirurgie*, t. I. p. 176.

physiques et par des peines morales, éprouvait depuis quelques années des difficultés d'uriner, auxquelles succéda enfin une rétention pour laquelle je fus appelé. La vessie était énormément distendue, et des essais inutiles de cathétérisme, réitérés par divers praticiens, me faisaient craindre qu'il n'existât un obstacle au col de cet organe; mais la sonde pénétra avec la plus grande facilité. Pendant quelque temps, je sondai le malade trois fois par jour; bientôt après j'enseignai au valet de chambre à sonder son maître et à faire des injections d'eau froide. Le malade parvint à rendre seul, de temps à autre, une partie de l'urine; il achevait de vider la vessie en introduisant la sonde. Sa vie se prolongea ainsi de plusieurs années dans un état satisfaisant.

Toutefois il importe, dans ces circonstances toujours critiques, que le malade ne s'éloigne jamais beaucoup du chirurgien; car au moment où il s'y attendrait le moins, il pourrait se trouver dans l'impossibilité de passer la sonde, et éprouver des accidents formidables, pendant lesquels le col de la vessie acquiert quelquefois une telle irritabilité que le cathétérisme présente des difficultés sérieuses, et devient impossible pour les personnes qui n'ont pas une grande habitude de cette opération.

La même précaution est applicable alors même que, sous l'influence du traitement qui vient d'être indiqué, les malades recouvrent la faculté d'uriner naturellement et d'une manière complète. Il ne faut jamais les perdre de vue, et l'on ne saurait trop surveiller l'action de leur vessie. Je leur conseille de se sonder de loin en loin, immédiatement après avoir uriné : s'il sort encore une certaine quantité de liquide par l'instrument, c'est une preuve que la vessie ne se vide déjà plus complétement. Quelques injections d'eau fraîche, des lavements et des bains froids, suffisent alors pour ranimer la contractilité vésicale, et assurer de nouveau la guérison pour un certain laps de temps. Si, au contraire, la sonde ne ramène pas d'urine, on en conclut que l'organe continue de fonctionner régulièrement, et il n'y a rien à faire. Ces sortes d'expérimentations doivent être d'autant plus rapprochées que la contractilité de la vessie est moins assurée, et le malade moins éloigné de l'époque du traitement. C'est tous les quinze jours ou tous les mois qu'on les réitère alors, tandis qu'il suffit de les répéter tous les six mois, ou même à de

plus longs intervalles, lorsque la fonction de la vessie se rapproche le plus possible de l'état normal, et qu'elle est dans cet état depuis un certain laps de temps. Enfin le sujet, surtout s'il a été vivement atteint, doit s'abstenir des voyages, qui lui feraient courir des dangers; j'en ai vu plus d'un qui, n'ayant pas tenu compte de mes avis, ont été pris de rétention d'urine après avoir couru quelques postes.

Dans certains cas, le placement plus ou moins immédiat d'une sonde en permanence dans l'urèthre est une nécessité à laquelle il faut se rendre.

J'ai donné des soins à un octogénaire, d'une constitution bonne, quoique affaiblie par l'âge et par les troubles qu'il avait éprouvés dans les fonctions des voies urinaires, et à la suite desquels avait fini par survenir une rétention d'urine. Ce malade était depuis quelque temps atteint d'un dérangement notable des facultés intellectuelles, qui avait empêché de suivre exactement la marche de l'autre affection, dont le diagnostic ne fut établi qu'à une époque avancée. Lorsqu'on m'appela, la vessie avait perdu tout pouvoir expulsif. Je me hâtai de placer une sonde à demeure, qui fut très bien supportée. Dès lors les symptômes se calmèrent, et l'état général s'améliora au point que le malade put se livrer à la promenade et aux travaux du jardinage, ce dont il était privé. Il vécut ainsi deux années, dans un état de santé qu'on avait d'abord désespéré de lui voir recouvrer.

En 1828, j'ai été consulté par un prêtre anglais qui se croyait calculeux, parce qu'il éprouvait depuis longtemps des difficultés d'uriner. La vessie ne contenait pas de pierre; mais la prostate était légèrement tuméfiée. La contractilité vésicale ne suffisait pas pour faire sortir toute l'urine, et il s'était même déclaré plusieurs fois des rétentions incomplètes. Au moment où je vis le malade, la vessie était fortement distendue : j'en retirai près de deux litres d'urine. Quelques heures après, il fallut de nouveau recourir à la sonde, qui, cette fois, fut laissée en place. Le traitement dura un mois; alors l'urine coulait entre le canal et l'instrument. J'appris au malade à se sonder et à se faire des injections froides; il s'est très bien trouvé de ce myen, car il a recouvré pleinement la faculté d'uriner sans efforts ni douleurs.

Dans l'application de ce mode de traitement, il convient de prendre quelques précautions qu'on néglige trop généralement. La plus importante est de déterminer le point ou il faut arrêter la sonde. Si on l'enfonce trop, elle fatigue, irrite, enflamme, perfore même les parois vésicales; si on ne la pousse pas assez avant, le moindre mouvement du malade ou le relâchement des liens suffit pour que son extrémité oculaire sorte du col de la vessie, et il faut recourir au chirurgien pour la réintroduire. Il y a deux manières de parer à cet inconvénient. l'une consiste à remarquer, pendant l'introduction de la sonde, le point où l'urine commence a couler; après quoi on enfonce encore l'instrument de 4 à 5 centimètres, et on le fixe. L'autre méthode, plus facile, plus sûre, est celle à laquelle j'ai d'ordinaire recours : au moment où l'urine s'écoule, après qu'on a enlevé le mandrin, je retire la sonde jusqu'à ce qu'il ne sorte plus rien : c'est le moment où les yeux s'engagent dans le col; la verge étant relâchée, je place une ligature serrée, à 7 ou 8 centimètres du gland, puis je repousse de nouveau la sonde jusqu'à ce que le point marqué soit à 3 centimètres du méat urinaire, et je la fixe à ce degré de profondeur.

Lorsqu'on a jugé nécessaire de faire porter au malade une sonde à demeure, il faut observer avec soin ce qui se passe pendant l'émission de l'urine. Souvent, au bout de quelques jours, le malade s'aperçoit d'un petit suintement entre le canal et la sonde avant de déboucher celle-ci, et s'il ne se hâte de retirer le bouchon, le besoin devient impérieux, des gouttes d'urine s'écoulent. C'est un indice que la vessie reprend sa contractilité. Il est d'usage alors d'engager le malade à essayer, chaque fois que le besoin se fait sentir, d'uriner entre le canal et l'instrument, et il arrive souvent qu'en peu de jours tout le liquide sort ainsi. On apprécie sans peine l'utilité de ce procédé, qui exerce la contractilité de la vessie.

Il faut également surveiller avec attention ce qui se passe après qu'on a retiré la sonde. Souvent le malade qui urinait aisément entre elle et le canal, ne peut plus le faire quand on a enlevé l'instrument. Si l'on répète l'expérience et que le fait se reproduise, il faut ou laisser la sonde en place quelque temps encore, ou changer le mode de traitement, c'est-à-dire introduire la sonde plusieurs fois

par jour et faire des injections. En négligeant d'agir de la sorte, on peut perdre tout le fruit d'un traitement dont le succès paraissait assuré. J'ai vu beaucoup de malades qui portaient depuis longtemps des sondes à demeure pour des paralysies de vessie réputées incurables : ils se sont très bien trouvés d'un changement de méthode, consistant à remplacer le port habituel de l'instrument par le soin de renouveler le cathétérisme chaque fois qu'ils éprouvaient le besoin d'uriner.

Le nombre de fois qu'il convient de vider la vessie chaque jour, en débouchant la sonde, varie suivant les individus, et d'après de nombreuses circonstances. Ce sont la capacité de l'organe, le degré de la paralysie et les sensations du malade qui servent de guide. N'y a-t-il que paresse de la vessie, dès que le viscère est suffisamment rempli, le sujet éprouve le besoin d'uriner, et il faut que ce besoin soit à l'instant satisfait ; si l'on y résistait, la vessie ne tarderait pas à se distendre, ce qui entretiendrait indéfiniment l'atonie dont elle est frappée. S'agit-il d'une paralysie plus avancée, les besoins d'uriner manquent souvent, et le malade n'est averti de la nécessité de vider l'organe que par une sensation de gêne, de pesanteur au périnée, à l'hypogastre, au sacrum, ou par le volume de la tumeur située au bas du ventre. Différer jusque-là, serait dépasser de beaucoup les bornes prescrites par la prudence, puisqu'il faut éviter avec soin la surdistention, surtout prolongée, de la vessie. Ainsi, dans ce cas, sans attendre que le malade en témoigne le désir, on videra l'organe trois ou quatre fois au moins par jour.

C'est avec raison que Chopart ne veut pas que la sonde maintenue à demeure soit laissée débouchée. Indépendamment de l'irritation, de la douleur, de l'inflammation et même des ulcérations qu'elle peut déterminer, la sonde débouchée devient fatigante, et la sortie continuelle de l'urine est un assujettissement pénible pour le malade. Ajoutons qu'on perd ainsi tous les avantages de la dilatation et de la contraction alternatives de la vessie, qui se trouve placée dans une sorte d'état contre nature. Chopart, Desault, Sœmmerring, etc., ont insisté avec raison sur les avantages qui résultent de ces successions d'extension légère et de retrait, dont l'effet sur la vessie est le même que celui d'un exercice modéré sur les autres muscles du corps.

Dans certains cas où la vessie a perdu toute faculté contractile, l'urine ne sort plus en totalité par la sonde, principalement lorsque le sujet est couché. Trye a proposé de pomper alors le liquide au moyen d'une seringue. Mais il suffit d'exercer une légère pression sur l'hypogastre et d'engager le sujet à pousser, ou mieux de le faire tenir debout. D'ailleurs le procédé de Trye est fatigant, et il ne réussit jamais d'une manière complète, comme le prouvent les nombreuses expériences qui ont été tentées pour retirer ainsi des caillots de sang, et des mucosités épaissies séjournant dans la cavité vésicale.

c. Reproches adressés au traitement.

Quelques cas réfractaires au traitement rationnel que je viens d'exposer, et les rares accidents qu'on observe de loin en loin pendant son emploi, paraissent avoir vivement impressionné quelques patriciens. Ils sont arrivés à vouloir proscrire, dans ces cas, l'usage du cathétérisme, et n'hésitent pas à entretenir, dans ce but, le sentiment d'appréhension que les malades éprouvent généralement pour tout ce qui est opération chirurgicale. Assurément ces patriciens n'ont pas étudié l'atonie vésicale, de manière à connaître toutes les conséquences qu'elle entraîne. En se bornant à l'emploi des moyens du ressort de la médecine proprement dite, on masque le mal, on peut le pallier, mais on ne le détruit pas : on perd ainsi des semaines et même des mois, pendant lesquels les malades s'épuisent en vains efforts. J'ai vu un très grand nombre de malheureux que ces médications indirectes et de déplorables temporisations avaient placés dans des conditions très défavorables, sinon désespérées. En face de ces résultats, chaque jour plus multipliés, on doit espérer de voir cesser des préventions que rien ne justifie. Quant aux motifs sérieux sur lesquels on s'appuie, il est facile de démontrer qu'on se fait illusion.

On a reproché plusieurs inconvénients au mode de traitement qui me paraît mériter, à juste titre, la préférence. Ce sont principalement la nécessité d'introduire souvent la sonde, l'irritation et la douleur que produisent ces introductions, et enfin les accidents qu'elles peuvent entraîner.

Il est bien certain que, chez plusieurs malades, la simple introduction d'une bougie ou d'une sonde dans l'urèthre, et le passage de la vessie d'un état permanent de plénitude à un état de vacuité, suffisent pour déterminer une série de graves désordres sur lesquels je reviendrai dans un autre chapitre. Mais il est juste de faire observer que ces circonstances sont très rares, lorsqu'on procède avec les précautions que j'ai tant de fois recommandées. On ne les voit survenir d'ailleurs qu'à la suite des premières introductions et des premiers cathétérismes évacuatifs; surtout lorsque le chirurgien ne s'est pas tenu dans une prudente réserve et qu'il a recours, sans traitement préparatoire, aux manœuvres hasardées et empreintes de violence, auxquelles on est trop souvent porté à se livrer. Faut-il répéter que pour la vessie, aussi bien que pour l'urèthre, l'habitude émousse la sensibilité, et le contact répété des mêmes agents cesse bientôt d'être douloureux? Tous les praticiens savent en effet que l'urèthre s'accoutume au passage et au séjour des sondes, au point que les malades en éprouvent à peine quelques sensations pénibles. Il en est de même de la vessie, ainsi que je l'ai démontré ailleurs avec toute évidence.

Si donc quelques sujets continuent de souffrir après avoir été sondés plusieurs fois, c'est que le chirurgien a rencontré un cas très exceptionnel, ou qu'il ne s'est pas renfermé dans les préceptes de la bonne pratique; qu'il a employé des instruments, ou rigides, ou trop volumineux, ou enfin qu'il a procédé avec violence.

Pour ce qui est de la fréquence des introductions, il n'y a rien de fixe à cet égard. La diversité des indications a fourni à quelques praticiens l'occasion d'émettre des opinions qui ne s'accordent pas toujours avec les résultats de l'expérience. On doit noter d'abord qu'après avoir été vidées, certaines vessies longtemps distendues se remplissent de nouveau en quelques heures, et qu'une nouvelle introduction de la sonde amène une quantité d'urine double ou même triple, de ce que les reins peuvent sécréter dans un temps donné. Il m'a paru, dans ces circonstances, que l'urine accumulée dans les uretères dilatés, et même dans les bassinets, n'avait pas été évacuée par le premier cathétérisme, et qu'elle passait ensuite dans la vessie, dont la cavité se trouvait

ainsi remplie de nouveau dans un laps de temps fort court. On sait, du reste, que la sécrétion rénale varie beaucoup, et tel malade, qu'on vient de sonder, et qui peut rester six et même huit heures sans éprouver le moindre besoin, devra être sondé, dans d'autres circonstances, au bout de trois ou quatre heures, et même moins. Que la fréquence des besoins tienne à un agacement du col vésical, qui ne peut supporter le contact de l'urine, à une rapidité exagérée de la sécrétion des reins, ou au retour de la contractilité de la vessie, il y a nécessité de rapprocher les introductions de la sonde; il peut même devenir nécessaire de la placer à demeure dans le canal, afin que le malade puisse se satisfaire immédiatement. C'est le parti que doit prendre le chirurgien, notamment lorsqu'il n'est point à portée de renouveler l'opération aussi souvent que la nécessité de vider la vessie se reproduit. Ajoutons qu'il y a des besoins qu'on pourrait appeler factices, auxquels le malade doit résister jusqu'à un certain point, à moins qu'ils n'occasionnent du malaise ou une véritable douleur. Ces faux besoins sont faciles à distinguer des besoins réels, par l'exploration de l'hypogastre, qui indique si la vessie forme ou non tumeur, et surtout par l'introduction de la sonde, qui apprend combien elle renferme d'urine. Dès qu'on est parvenu à constater ces faux besoins, ce n'est pas sur la sonde qu'il faut compter pour y mettre fin, mais sur les bains prolongés, les applications émollientes, les saignées locales, les boissons copieuses, et surtout les quarts de lavements opiacés ou les suppositoires de même nature. Ces cas rentrent dans la catégorie des névralgies du col vésical.

Faisons remarquer d'ailleurs que l'excrétion de l'urine présente de nombreuses variétés, dont généralement on ne tient pas compte en santé, mais qui, dans l'état de maladie, fixent davantage l'attention. Il est rare qu'on les puisse expliquer. Ainsi, par exemple, on ne sait pas à quoi tient qu'un malade urine toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure, pendant la nuit, tandis que, dans la journée, il reste des heures entières sans en sentir le besoin. C'e t cependant une particularité qui se présente à chaque instant chez les calculeux, dans les névralgies du col vésical, et chez quelques sujets atteints de lésions prostatiques ou d'atonie de la vessie. J'ai été appelé auprès d'un homme qui, depuis

quatre mois, éprouvait, aussitôt qu'il était au lit, des besoins irrésistibles d'uriner toutes les demi-heures; à minuit, le calme se rétablissait, et il pouvait s'endormir. Durant le jour, il restait trois ou quatre heures sans uriner; du reste, point de souffrances, santé satisfaisante et urine naturelle. Je m'assurai que l'urèthre était très irritable et la prostate légèrement tuméfiée. Ces irrégularités, dans l'excrétion de l'urine, peuvent exister aussi sans lésion organique appréciable. Je n'ai pas remarqué qu'elles entraînassent de suites graves, si ce n'est d'affaiblir le sujet en le privant de sommeil : souvent même elles cessent sans qu'on ait tenté contre elles l'emploi d'aucun moyen curatif. Mais on les rencontre assez fréquemment chez les hommes attaqués de paralysie incomplète de la vessie. Personne n'ignore que la vessie se débarrasse plus difficilement de son contenu pendant la nuit que durant le jour, soit que la chaleur du lit, ou la position couchée influent à cet égard, soit que le malade ne se réveille pas à temps et laisse le viscère se distendre. Le chirurgien tiendra compte de ces particularités; il recommandera au malade de se couvrir peu, de séjourner peu de temps au lit, d'éviter les lits trop chauds ou trop mous; et au besoin il aura recours à la sonde à demeure pendant la nuit, ou l'introduira pour vider la vessie. Un malade dont l'excrétion de l'urine a été troublée pendant longtemps, est plus exposé que tout autre à ces variations et à ces irrégularités dans les besoins d'uriner.

Ainsi, que le sujet porte une sonde à demeure, ou qu'il soit sondé chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir, rien n'est plus variable que la quantité d'urine rendue dans un temps donné, et que la fréquence des besoins de l'expulser. Les différences les plus nombreuses peuvent se présenter sans que le malade soit placé pour cela, dans une situation exceptionnelle, et les besoins d'uriner qu'il éprouve ne sont pas toujours la preuve que sa vessie contient plus d'urine qu'elle n'en peut renfermer sans éprouver une véritable distension.

d. Moyens accessoires.

Ce n'est pas seulement par l'emploi de la sonde qu'on parvient à faire cesser l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine.

Il y a d'autres moyens dont l'expérience a prouvé l'utilité, et sur lesquels il ne sera pas inutile de présenter quelques remarques.

Les injections étaient conseillées jadis contre l'atonie et la paralysie de la vessie ; mais on n'avait pas apprécié tous les avantages qui peuvent être retirés de leur emploi. Quelques-uns ne les croyaient propres qu'à laver la vessie, dans le cas où il s'y serait amassé du sang, des matières muqueuses ou purulentes, et naguère même la plupart des auteurs n'en parlaient qu'avec réserve et timidité. Ce n'est réellement que depuis l'introduction de la lithotritie dans l'art chirurgical que l'opinion s'est définitivement formée à leur égard. Quoiqu'il ne manque pas encore de praticiens qui sont restés fidèles aux anciens préjugés, la majorité est convaincue aujourd'hui que les injections sont un des moyens les plus efficaces pour combattre l'atonie de la vessie, et prévenir les suites fâcheuses qu'elle peut entraîner en se prolongeant. Il est prudent toutefois de renoncer à celles de nature tonique, irritante ou astringente, judicieusement proscrites déjà par Chopart ; mais celles d'eau simple, à une basse température, occupent un rang distingué parmi les agents de la thérapeutique actuelle, et une longue expérience m'a démontré qu'elles en sont réellement dignes. Voici comment je procède à leur application.

Lorsque la vessie n'a pas repris l'exercice de sa fonction, après quelques jours d'usage de la sonde laissée à demeure, ou introduite à chaque besoin, et que le passage de l'instrument a cessé de produire de l'irritation dans l'urèthre et au col vésical, je commence les injections simples, d'abord avec de l'eau tiède. Je les fais, avec une seringue chargée d'avance, immédiatement après que l'urine a cessé de couler. Je pousse le liquide avec lenteur, et je m'arrête lorsque le besoin d'uriner se manifeste, ce qui n'a pas lieu d'ordinaire. La quantité d'eau à introduire varie d'un verre à trois. L'injection terminée, je laisse sortir le liquide, et je retire la sonde. De jour en jour, la température de l'eau est abaissée jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à quinze degrés ; il est possible de descendre jusqu'à près de zéro, si le cas est opiniâtre et la sensibilité très émoussée. Dès que la vessie est accoutumée au contact du liquide, deux,

et même trois injections peuvent être faites coup sur coup, en rechargeant la seringue pendant que l'eau de la première s'écoule. Quelquefois alors le besoin d'uriner est provoqué au point que le malade ne peut pas recevoir la totalité de la seringue, et il se manifeste d'autant plus promptement que l'atonie est moins prononcée, ou la guérison plus prochaine. La gravité de la paralysie et la marche de la guérison déterminent la durée de l'emploi des injections. Dans quelques cas peu avancés, il suffit d'en faire une ou deux par jour, et de les continuer pendant une à deux semaines. Dès les premiers jours, le malade commence à uriner avec plus de facilité, et le mieux va en croissant. Dans les cas les plus ordinaires, il faut persister pendant quinze jours à un mois, en ayant soin, vers la fin du traitement, de ne faire qu'une injection chaque fois, et de ne la répéter que tous les deux ou même tous les trois jours, en proportion des effets qu'on obtient. Je me borne à ces courtes remarques, eu égard aux injections, sur lesquelles je reviendrai en traitant du catarrhe vésical.

Si, au bout de quelques jours, les besoins d'uriner ne sont pas provoqués par les injections, c'est un indice défavorable : la paralysie sera très opiniatre. On conseille alors de recourir aux irrigations a jet continu, par le moyen d'une sonde à double courant. Un vase quelconque, muni d'un robinet vers le fond, et d'une contenance de dix à vingt litres, est rempli d'eau à la température ordinaire. On le place à deux mètres environ de hauteur. Un autre robinet est adapté à un tuyau d'un à deux centimètres de diamètre, fixé au robinet du vase, et assez long pour arriver aux organes génitaux du malade, qui est couché sur le dos La sonde étant introduite, on laisse couler l'urine ; on ouvre le robinet du tuyau conducteur, et l'on fait arriver l'eau jusqu'à son extrémité, puis on le referme Le tuyau conducteur, ainsi rempli, est adapté à une des branches qui terminent extérieurement la sonde. On fixe à la seconde branche un autre tuyau, destiné à conduire dans un vase le liquide qui sortira de la vessie. On ouvre alors le robinet du tube afférent, qui sert à régler la grosseur du jet, et à graduer la force d'impulsion, laquelle est déterminée en outre par la hauteur à laquelle se trouve le point de départ de la colonne liquide. La quantité d'eau à faire

passer dans la vessie varie de deux à trente litres. On peut en introduire davantage vers le milieu du traitement, et lorsque la vessie a perdu beaucoup de sa sensibilité; mais, dans les commencements, il faut s'arrêter, ou du moins suspendre, dès que le malade accuse de la douleur, sinon l'on s'exposerait à provoquer une réaction assez forte pour ébranler la santé générale. On répète ordinairement ces irrigations tous les deux jours. Leur nombre dépend des résultats obtenus. Lorsque le traitement se prolonge, et que la contractilité de la vessie ne se rétablit pas, malgré l'abaissement de la température du liquide et la grande quantité d'eau qu'on fait passer dans le viscère, il convient de suspendre les irrigations pendant quelques jours, pour les reprendre ensuite. Dans les traitements très longs, ces suspensions doivent être répétées plusieurs fois; mais toujours, au moment de la reprise, il est nécessaire de commencer par de l'eau moins froide, et d'en faire passer moins qu'on n'en introduisait au moment où l'on a cessé.

Dans les cas opiniâtres, aux irrigations vésicales, on associe les lavements froids et les irrigations dans le rectum. Le même appareil suffit, à l'exception de la sonde, qui doit être plus grosse. Je me suis souvent trouvé très bien de cette combinaison. Cependant comme, en général, les irrigations du rectum sont moins facilement supportées que celles de la vessie, il faut agir avec précaution et s'arrêter aussitôt que le malade éprouve de la fatigue.

Il est un moyen qu'on trouve souvent indiqué, et dont j'ai retiré des avantages, surtout à la fin du traitement C'est la douche, tantôt sulfureuse et à une température élevée (36 à 40 degrés), tantôt simple et à basse température. Celle-ci convient surtout lorsque le sujet est fort et robuste; mais il faut que rien, dans la santé, ne s'oppose à son emploi. On la dirige sur l'hypogastre, le périnée, l'épine dorsale, le sacrum. Chaque douche dure dix à vingt minutes. On répète l'opération tous les deux ou trois jours, et l'on continue jusqu'à ce que la guérison soit consolidée. En même temps que les douches froides extérieures, on emploie aussi quelquefois les douches ascendantes. Ces dernières sont d'autant mieux indiquées, que l'atonie de la vessie se complique presque toujours d'une constipation plus ou moins

opiniâtre. Si, au contraire, il existe en même temps, une affection cutanée, les douches chaudes, telles que celles de Baréges et de Plombières combinées ensemble, sont particulièrement indiquées. J'en ai obtenu d'excellents résultats dans des circonstances où d'autres moyens n'avaient produit qu'un effet incomplet, notamment chez des sujets qui, indépendamment d'une atonie opiniâtre de la vessie, étaient affectés de dartres anciennes au sacrum, au périnée, à la partie interne des cuisses. Ici, il convient même souvent d'associer un traitement général aux moyens purement locaux. Dans quelques cas aussi les bains et douches de mer ont puissamment contribué à compléter la guérison.

On a employé et quelques patriciens vantent beaucoup, contre l'atonie de la vessie, les vésicatoires, le moxa, les cautères, et même le séton. Divers faits pratiques sont allégués pour établir l'efficacité de ces moyens. Je ne doute pas qu'on ne puisse en retirer de bons effets lorsque l'atonie vésicale est liée à une lésion de la moelle épinière, ou coïncide avec une maladie cutanée. Mais ce sont là des exceptions, et d'ailleurs il faut toujours, avant de recourir aux dérivatifs, modifier la vitalité des organes urinaires par les traitements locaux que je viens d'indiquer.

Les diurétiques, les balsamiques, les cantharides à l'extérieur, et même à l'intérieur, ont été recommandés aussi. Ces remèdes, selon la remarque judicieuse de Chopart, sont rarement utiles, et nuisent quelquefois. On peut en dire autant de l'arnica, des frictions avec les liniments volatils, simples ou camphrés, des huiles aromatiques, du baume de vie d'Hoffmann, de l'onguent mercuriel, des bains gélatineux, du genièvre, de l'essence de térébenthine, du baume de Copahu, du seigle ergoté, de la pareira-brava, de l'uva ursi, de la dionicée, de l'acide benzoïque, etc., que des praticiens modernes, en Angleterre surtout, vantent beaucoup contre l'atonie et le catarrhe de la vessie. Mais ces moyens, qu'on les emploie seuls ou associés entre eux, ne sauraient constituer la base d'une médication rationnelle. Ils n'ont d'autre efficacité que celle qu'ont pu leur faire supposer de fausses interprétations ou d'heureuses coïncidences, et s'ils sont quelquefois susceptibles de trouver d'utiles applications, ce n'est jamais que comme agents accessoires.

Parmi les moyens réputés propres à ranimer la contractilité vésicale, l'électricité dut naturellement occuper une grande place. Bon nombre de malades ont été soumis à de longs traitements dans cette direction; mais, à en juger par ceux que j'ai vus, beaucoup n'ont pas obtenu les résultats heureux qu'ils avaient espérés.

Dans ces cas encore, la lithotritie a fourni un moyen puissant sur lequel on ne comptait pas. Chez quelques sujets, la persistance de l'inertie vésicale m'ayant fait craindre l'existence de lésions organiques non reconnues par le cathétérisme, je me suis décidé à faire une et même plusieurs explorations de la vessie, à l'aide du lithoclaste et du trilabe. Les frottements de l'appareil contre la surface interne du viscère me parurent avoir ranimé sa conctractilité, et pendant plusieurs jours ensuite les malades rendaient spontanément quelques gouttes d'urine, ce qu'ils ne faisaient pas auparavant. En rapprochant cet effet de ceux analogues qu'on obtient chez les calculeux et dans les cas de catarrhe, j'ai été conduit à employer les instruments lithotriteurs comme agents de stimulation par frottement de la surface vésicale, et j'ai obtenu de beaux résultats. Mais il faut procéder alors avec ménagement, car on pourrait provoquer une excitation trop forte. Il ne faut aussi recourir à ce procédé que quand les autres moyens ont échoué.

Les faits que j'ai cités, soit dans ce chapitre, soit en parlant des névralgies de l'urèthre et du col vésical, prouvent qu'il peut suffire de vider la vessie accidentellement surdistendue, pour que l'urine reprenne ensuite son cours naturel. Lorsque l'atonie s'est produite avec lenteur, et s'est accrue par degrés, jusqu'au point d'amener la stagnation permanente, si cette dernière n'offre pas de complications graves, et si le sujet n'est point épuisé, huit à quarante jours suffisent, le plus communément, pour rétablir la contractilité vésicale. Mais il n'est pas rare que le traitement dure bien plus longtemps; il a exigé plusieurs mois chez quelques-uns de mes malades. Nous verrons plus loin que, dans certains cas où l'on avait jugé la paralysie incurable, parce qu'elle avait résisté à de longs traitements, elle l'était si peu, que les sujets ont fini par recouvrer le libre exercice de la miction au moment où l'on s'y attendait le moins. Heberden parle d'un

homme qui fut obligé de se servir d'une sonde pendant deux années consécutives, et dont tout à coup la vessie recouvra sa conctractilité. J'ai vu des cas analogues. C'est donc à tort que quelques auteurs, Sabatier entre autres, ont dit que, quand la paralysie de la vessie a duré plus de deux ou trois mois, elle est totalement incurable. D'abord, la paralysie peut dépendre de causes dont la destruction exige un plus long espace de temps. Ensuite il arrive encore parfois, qu'alors qu'on n'aperçoit aucune cause spéciale capable de la produire, elle se dissipe peu à peu après six, huit, dix ou douze mois de traitement. Enfin, je l'ai vue, même dans des circonstances où elle se rattachait évidemment à une lésion chronique de la moelle épinière, cesser en partie, et le malade recouvrer la faculté d'uriner, sinon en toute liberté, du moins sans le secours de la sonde.

§ 2. — Stagnation de l'urine avec hypertrophie des parois vésicales.

Dans la plupart des cas que j'ai rapportés jusqu'ici, l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine existent en même temps que l'atrophie, l'amincissement des parois du viscère, dont elles sont la conséquence directe et naturelle. C'est là ce qu'on observe le plus ordinairement. Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles les parois vésicales sont hypertrophiées, même à un haut degré, et où cependant leur contractilité est si faible, que l'urine n'est expulsée qu'incomplétement et avec lenteur. L'organe dont la capacité s'était reduite dans la proportion de l'épaississement de ses parois, se laisse distendre insensiblement, et acquiert parfois des dimensions énormes. Bien que je me sois déjà occupé de ce sujet dans mes précédents ouvrages, je crois cependant nécessaire d'appeler de nouveau l'attention sur une particularité trop négligée, qui oblige d'apporter certaines précautions dans le traitement, et parfois même de recourir à des moyens spéciaux.

Les cas qui s'y rapportent, et qui ne sont pas aussi rares que pourrait le faire supposer le silence des auteurs, ont fourni, à ceux qui nient l'atonie vésicale, des preuves à leurs yeux irréfutables. La vessie, disent-ils, n'est passée à l'état d'hypertrophie, ses fibres charnues n'ont pris de la consistance et du dévelop-

pement, et ne sont devenues épaisses, dures et très rouges, comme le fait remarquer Sœmmering, que parce qu'elles se sont contractées avec force, et qu'elles ont lutté contre un obstacle quelconque à l'émission de l'urine. Il ne saurait y avoir là d'atonie, de paralysie; car, ajoutent mes adversaires, lorsqu'un muscle est paralysé, il perd de plus en plus ses caractères normaux, finit par prendre une apparence graisseuse, etc.

C'est par ces arguments, et autres de même nature qu'il serait inutile de reproduire, qu'on a été conduit à penser qu'il y a erreur à admettre l'inertie de la vessie lorsque ses parois sont hypertrophiées. Mais il eût suffi, pour éviter l'objection, de se rappeler une distinction importante. Dans les cas dont il est ici question, l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine succèdent toujours à la rétention. Cette dernière a existé d'abord pendant longtemps, la vessie a lutté contre l'obstacle au cours de l'urine, mais elle a fini par se fatiguer; ses contractions se sont graduellement affaiblies au point que, lorsque le malade consulte, elles ont à peu près cessé, l'organe est arrivé à un état de distension permanente et de demi-paralysie.

Ce qui distingue cette série de cas de ceux dont je m'occuperai en traitant de la rétention d'urine, c'est que dans ces derniers les contractions vésicales conservent toute leur puissance, tandis que dans ceux de stagnation elles n'existent plus. Les besoins, qui avaient été jusque-là prompts, rapprochés, irrésistibles, s'éloignent et s'affaiblissent. L'émission de l'urine, qui était accompagnée de grands efforts et d'une extrême agitation, s'accomplit avec plus de facilité, moins de douleurs, moins d'incitation à pousser. Le malade urine souvent, par petites quantités, ou même continuellement, ce qui constitue l'incontinence, mais sans action apparente de la vessie C'est par la contraction des muscles abdominaux que le liquide est expulsé; il n'en sort que le trop-plein, et jamais la vessie ne se vide entièrement.

Pour établir le diagnostic, d'autres distinctions doivent encore être faites. La lésion est souvent complexe, et les phénomènes morbides qui se succèdent paraissent, en beaucoup de cas, indiquer des états différents. Ces états sont susceptibles de nuances que le malade n'exprime pas toujours, et qui peuvent échapper également au patricien.

1° Souvent la vessie forme à l'hypogastre une tumeur appréciable au toucher, mais plus ferme, plus dure, plus résistante que dans les cas qui ont été l'objet de l'article précédent : elle ressemble jusqu'à un certain point, à celle qu'on observe dans la rétention d'urine, à l'exception toutefois, et surtout, qu'elle est moins douloureuse.

2° Nous avons vu que, par suite de l'hypertrophie des parois vésicales, et d'autres états morbides, que j'ai étudiés dans les chapitres précédents, la vessie peut former à l'hypogastre une tumeur, appréciable par le toucher, sans contenir d'urine. Le malade éprouve alors des besoins d'uriner même rapprochés, même impérieux ; mais ce sont de faux besoins qu'on retrouve notamment dans quelques névralgies du col vésical, induisant en erreur les chirurgiens qui conservent la déplorable habitude de diagnostiquer la maladie d'après la seule interprétation des phénomènes morbides fonctionnels.

Dans la généralité des cas, il est facile de se garantir de la méprise ; il suffit, comme je l'ai dit souvent, de s'assurer, par l'introduction d'une sonde, si la vessie contient ou non de l'urine. C'est aussi par la sonde, et surtout par le lithoclaste, qu'on parvient à reconnaître les états morbides qui peuvent exister dans l'urèthre, le col et le corps de la vessie, et sous l'influence desquels se produisent les symptômes qu'on observe. Par ces explorations directes, sur lesquelles il serait inutile de revenir, on s'épargne le regret d'avoir méconnu des lésions presque toujours faciles à découvrir, et l'on soustrait les malades à des médications trop usitées, qui ne sont pas seulement inutiles, puisqu'elles font perdre un temps précieux, durant lequel les désordres font des progrès tels que les ressources de l'art deviennent impuissantes (1).

Je viens tout récemment d'être appelé près d'un de nos confrères, ancien calculeux, que j'ai opéré par la lithotritie il y a dix ans. Sa vessie, subitement frappée d'inertie depuis quelques semaines, restait dans un état permanent de distension. L'urine ne sortait que par l'action des muscles abdominaux, et toujours en petite quantité. D'après mon avis, on introduisit une

(1) Voyez le dernier chapitre de cet ouvrage.

sonde. La sortie d'une petite quantité d'urine laissa croire d'abord qu'on était parvenu dans la vessie; mais le malade n'était pas soulagé; les besoins d'uriner se succédaient avec rapidité; les injections que j'avais conseillées, et qu'on avait essayé de faire, semblaient aggraver sa position; tous les moyens du ressort de la médecine demeuraient sans effet. Appelé en Bourgogne par le malade, j'ai reconnu que la sonde était arrêtée par un obstacle situé au rebord inférieur du col vésical. En abaissant l'extrémité oculaire de la sonde, au moment où elle parcourait la région prostatique de l'urèthre, je suis parvenu dans la véritable vessie, qui était remplie d'urine. Après avoir évacué celle-ci, j'ai introduit, en une seule fois, une pleine seringue d'eau tiède, qui n'a provoqué, au grand étonnement du malade, ni douleurs, ni aucun besoin d'uriner. Il a fallu comprimer le ventre pour faire sortir le liquide. Je me suis assuré en même temps que la face interne de la vessie était inégale, bosselée; que ses parois étaient dures, épaisses, roides, qu'elles ne se contractaient pas, qu'elles ne revenaient point sur elles-mêmes, de manière à diminuer la capacité du viscère, et que l'urine et l'injection ne sortaient que par la contraction des muscles abdominaux, ou lorsque je comprimais la région hypogastrique. Ainsi, le malade ne fut point soulagé par les premiers cathétérismes, parce que la sonde n'était point parvenue dans la vessie. Les quelques gouttes d'urine qui coulaient par la sonde avaient fait penser que la vessie était vide : cependant les injections y pénétraient, et, en augmentant sa distension, elles occasionnaient des douleurs d'autant plus vives qu'on les poussait avec plus de force.

J'ai appris au malade à introduire convenablement la sonde, et, depuis lors, son état s'est notablement amélioré.

Dans les cas d'inertie, avec hypertrophie des parois vésicales et consécutive à la rétention d'urine, la sonde retire souvent moins de liquide qu'on n'aurait pu le croire d'après la saillie de la vessie à l'hypogastre. Mais, en promenant l'instrument sur la surface interne de l'organe, on perçoit distinctement des colonnes charnues qui constatent l'épaississement de ses parois; il est vrai que la prudence prescrit de ne procéder qu'avec beaucoup de circonspection à cette manœuvre, qui, exécutée sans ménagement, pourrait occasionner des désordres.

J'ai fait connaître les dangers qu'entraîne la disposition morbide qui nous occupe; quand elle complique l'affection calculeuse, l'absence de la pierre ne la rend pas moins grave. On en jugera d'après quelques faits.

Un homme vint à l'hôpital Necker pour faire explorer sa vessie, attendu qu'il se croyait attaqué de la pierre. Ses craintes n'avaient aucun fondement, mais il souffrait beaucoup pour uriner. L'affection était ancienne, le sujet jeune, bouffi et oppressé, la langue blanche, l'haleine forte, l'appétit nul, le sommeil mauvais. Après avoir retiré de la vessie un litre au moins d'un liquide coloré et légèrement fétide, j'annonçai au malade qu'il resterait longtemps sans avoir besoin d'uriner. Il eut de la peine à me croire, parce que ce besoin, disait-il, le tourmentait fort souvent; néanmoins il demeura douze heures sans l'éprouver. Je lui recommandai de se sonder avec précaution deux fois par jour, même plus, si les besoins se rapprochaient, et de faire des injections tièdes. Il négligea ce conseil, et revint deux jours après à l'hôpital, ayant de la fièvre, de l'agitation et des besoins d'uriner fort douloureux. Je me hâtai de vider de nouveau la vessie, qui contenait un litre environ d'urine plus fétide et plus colorée que la précédente. Le malade fut mis au repos, à la diète, à l'usage des bains, des lavements et des boissons abondantes; mais les accidents persistèrent, et au bout de deux jours la mort survint, déterminée par une cystite, malgré un traitement antiphlogistique des plus énergiques. L'autopsie ne fut pas faite. Telle est la terminaison ordinaire des cas où, comme ici, une inflammation aiguë des parois vésicales vient s'enter tout à coup sur une phlegmasie chronique, sans autre cause appréciable que le passage d'un état constant de plénitude de la vessie à un état de vacuité; tous les moyens du traitement demeurent alors trop souvent inutiles.

Un général célèbre eut une légère hématurie, à laquelle on opposa un traitement fort simple : le repos, la diète et des boissons délayantes. Cette hématurie se reproduisit quelques jours après. Un de mes confrères, appelé pour remédier à des difficultés d'uriner, dont le malade se plaignait depuis longtemps, retira par la sonde un litre environ de liquide. Les accidents diminuèrent, sans toutefois cesser entièrement. On consulta deux autres praticiens, qui s'occupent spécialement des maladies de

l'appareil urinaire. Ils placèrent une sonde à demeure, qu'on fut obligé d'enlever au bout de quatre jours. Le retrait de l'instrument ne procura que peu d'amélioration : la santé se détériora de plus en plus, et d'une manière rapide; il y avait de la fièvre et des hoquets. La prostration des forces était considérable, et une tumeur volumineuse, très douloureuse au toucher, s'élevait à l'hypogastre. On introduisit de nouveau la sonde, qui ne fit sortir qu'environ un verre d'urine bourbeuse, épaisse et horriblement fétide. La tumeur, loin de s'affaisser, prit au contraire plus de développement. On pensa qu'il existait un fongus, auquel furent rapportées la tuméfaction vésicale, l'hématurie et l'odeur repoussante de l'urine.

Au moment où je vis le malade, les extrémités étaient froides, le pouls imperceptible, la prostration extrême, la tumeur élevée jusqu'à l'ombilic, et le ventre douloureux. Jugeant la mort inévitable et prochaine, je m'abstins de toute recherche. A quoi tenaient les désordres, et quelle était la nature de la tumeur hypogastrique? Voilà les deux principales questions qu'on s'était faites et qui me furent posées. Le cas était fort simple et ne présentait rien d'incompréhensible, si ce n'est les interprétations auxquelles on s'était livré et la pratique qu'on avait adoptée. Le malade était plus que septuagénaire; il urinait, comme beaucoup de vieillards le font, sans de grandes difficultés, mais lentement et incomplétement. Privée de la plus grande partie de sa contractilité, la vessie avait subi un certain degré de surdistension, et lorsque vint la malencontreuse pensée de placer une sonde à demeure, une phlegmasie chronique s'y était déjà développée. D'un état continuel et ancien de distension, l'organe passa presque tout à coup à celui de racornissement; et, sous l'influence de l'irritation causée par la présence de la sonde, l'inflammation prit immédiatement un caractère aigu. De là tous les désordres locaux et généraux, qui n'avaient rien de surprenant ni d'insolite. La tumeur hypogastrique était formée, selon toute apparence, par les parois gonflées, épaissies et peut-être infiltrées de la vessie. Parvenue à ce degré une cystite est nécessairement mortelle, et en effet le général succomba le lendemain, sans que je l'aie revu.

Le fait suivant offre quelque analogie avec celui-là. M. le doc-

teur Petit me fit appeler pour voir un homme de soixante et dix ans, qui avait été atteint subitement d'une légère hématurie, contre laquelle on employa sans succès les divers traitements conseillés en pareil cas. Les informations que je pris me firent penser que depuis longtemps la vessie se vidait péniblement; mais, comme le malade ne souffrait point, qu'il éprouvait seulement des besoins d'uriner un peu plus rapprochés, il avait jusque là vécu dans une pleine sécurité. Au-dessus du détroit supérieur du bassin, on sentait, à travers les parois abdominales, une tumeur rénitente. L'urèthre était très irritable; cependant la sonde pénétra sans peine, et donna issue à un litre environ d'urine brune et légèrement fétide, sans dépôt considérable. Cette évacuation procura du calme; mais il y avait déjà de la fièvre, le malade était fort impressionnable, la vessie me parut sensible et à parois assez denses. Ce n'était pas le cas de mettre une sonde à demeure. Je me contentai donc de répéter le cathétérisme aussi souvent que le malaise reparaissait; car les efforts du malade amenaient seulement quelques gouttes de liquide. Deux fois, on différa trop d'introduire l'instrument, et du sang reparut dans l'urine. Au bout de quelques jours, la sensibilité de la vessie et de l'urèthre fut diminuée; on fit quelques injections, d'abord tièdes, puis froides, et le malade se rétablit graduellement.

J'ai traité de la même manière, et avec le même succès, un grand nombre d'autres sujets placés dans des conditions semblables ou analogues. Voici la gradation que je crois nécessaire d'observer dans les cas de ce genre.

Toutes les fois que l'état morbide est peu avancé, et surtout peu ancien, que la vessie n'a point été distendue fortement et longtemps, l'affection est généralement peu grave ; il suffit souvent de vider la vessie une ou plusieurs fois, pour que les accidents disparaissent.

Dès que la sensibilité de l'urèthre est émoussée, et que le passage de la sonde cesse de produire de la douleur, il convient d'apprendre au malade à se sonder, et de l'engager à le faire jusqu'à ce que la vessie ait recouvré son élasticité et sa puissance contractile; résultat qu'on obtient plus promptement, dans ce cas, que lorsqu'il existe une atrophie des parois vésicales.

Mais lorsqu'aux désordres fonctionnels viennent se joindre de la

fièvre, de l'agitation, de la sensibilité à l'hypogastre et les autres symptômes de la cystite, le cas est grave, il faut procéder avec plus de précautions et de ménagements. Si la rétention n'est pas complète, si le malade parvient à rendre une partie de l'urine sans trop de fatigue et d'efforts, on commence par diminuer l'irritabilité de l'urèthre et du col vésical à l'aide des moyens que j'ai indiqués en traitant des névralgies. Quelquefois il ne faut pas d'autre traitement : j'en ai cité des exemples. Dans d'autres cas, il y a urgence de recourir à la sonde pour vider le viscère, et c'est là un point très délicat. Non-seulement il importe d'introduire l'instrument avec beaucoup de ménagement, mais encore de ne laisser couler l'urine qu'avec lenteur et par portions, ce qui est d'autant plus facile que le malade cesse de souffrir dès qu'on a enlevé environ un verre de liquide. On doit s'abstenir d'imprimer aucun mouvement à la sonde, éviter toute recherche, et, pour peu que l'hypogastre soit sensible, n'y exercer aucune compression. Aussitôt que l'urine cesse de couler d'elle-même, l'instrument doit être retiré, sans secousses. Il faut revoir le malade quelques heures après ; presque toujours il a éprouvé des besoins d'uriner sans résultat, et la vessie s'élève déjà au-dessus des pubis : on a de nouveau recours à la sonde, avec les mêmes précautions. Il est indispensable de continuer à procéder de la sorte jusqu'à ce que la sensibilité locale et l'irritation générale aient diminué, et que l'urine ait perdu, au moins en partie, ses caractères morbides. A dater du quatrième au cinquième jour, on peut essayer d'injecter une petite quantité d'eau tiède dans la vessie, surtout lorsqu'il y a du dépôt, qui sort avec les dernières gouttes d'urine. Mais il faut pousser l'injection avec lenteur, et en petite quantité jusqu'à ce que le viscère s'accoutume au contact du liquide, et permette d'agir plus largement. Bientôt le malade recouvre la faculté d'uriner sans sonde ; ou, s'il n'urine pas, il ne souffre plus de l'introduction de l'instrument, ni de l'injection, et alors on peut lui apprendre à se sonder, ou placer sans crainte une sonde à demeure, lorsque les circonstances l'exigent. Si, par une impatience mal entendue, on la plaçait dès le début, comme il est d'usage dans la pratique ordinaire, on s'exposerait à voir survenir une cystite aiguë, qui manque rarement d'entraîner la mort. Ce triste résultat serait

surtout à craindre si, après avoir vidé la vessie, on la laissait se distendre de nouveau.

En résumé, le praticien ne perdra jamais de vue, dans les cas de cette catégorie : 1° que c'est principalement sous l'influence d'un travail inflammatoire de ses parois, notamment de sa couche musculaire, qu'il arrive à la vessie de perdre sa faculté contractile, ce qui a lieu, du reste, pour plusieurs autres viscères creux ; 2° que l'indication la plus importante est d'aider l'organe à se débarrasser de son contenu, mais d'une manière lente et progressive ; 3° que le premier cathétérisme évacuatif peut être suivi d'une réaction dont la violence dépasse toutes les prévisions, et qui se manifeste tantôt par des douleurs vives et des angoisses prolongées, que la sonde provoque en faisant passer la vessie de l'état de plénitude à celui de vacuité, et tantôt par des accès de fièvre qui peuvent se reproduire plusieurs fois avec une intensité variable ; 4° enfin, que les premiers accidents peuvent en entraîner d'autres, qui paraissent être la conséquence du passage de la phlegmasie chronique de la vessie à l'état aigu, et produire la mort dans un laps de temps très court.

Répétons encore que le traitement sera d'autant plus long que la maladie est plus ancienne. Lorsque la vessie est restée longtemps dans un état de distension, ses parois épaissies, indurées, ne récupèrent plus que très difficilement leur contractilité et leur souplesse.

Quant au traitement général, lorsque la phlegmasie est passée à l'état aigu, il consiste dans l'emploi des moyens que la médecine possède contre les inflammations, tels que saignées locales et générales, bains prolongés, fomentations et applications émollientes, lavements calmants répétés, boissons mucilagineuses abondantes, etc.

Après que la première période est écoulée, je me trouve bien d'administrer des purgatifs salins, à petite dose, mais fréquemment répétés, de manière à obtenir deux ou trois selles tous les jours.

Les traitements que je viens d'exposer, et dont une foule de faits m'ont démontré l'utilité, ne produisent pas toujours des effets aussi durables qu'on pourrait le désirer. Trop souvent la cause continue d'agir, soit qu'on l'ait méconnue, soit qu'on n'ait

pu la détruire complétement. Dès lors les phénomènes morbides persistent à un certain degré, ou ne manquent pas de se reproduire, à une époque plus ou moins éloignée. On voit même quelquefois la maladie reparaître dans des cas qui avaient semblé peu graves. Chez un homme qui s'est présenté à Necker, en juillet 1833, la paralysie de la vessie n'était pas très avancée, et à peine y avait-il des traces de catarrhe. Quelques injections suffirent pour ranimer la contractilité de l'organe; mais le malade ayant négligé les précautions qui lui avaient été indiquées, il fut repris de difficultés d'uriner, et obligé de rentrer à l'hôpital en décembre de la même année. A la vérité, il était presque épuisé, par suite d'une vive irritation pulmonaire. On a remarqué, dans la plupart des lésions vésicales, qu'après le traitement, si une autre partie du corps vient à être frappée de maladie, la vessie, vers l'époque à laquelle celle-ci se termine, est très disposée à retomber dans son premier état. Cette rechute n'est pas rare chez les sujets atteints d'atonie vésicale; mais c'est surtout dans le catarrhe de la vessie qu'elle tend à se produire avec une grande facilité, comme j'aurai occasion de le faire voir.

2° *Cas compliqués.*

Des lésions diverses peuvent compliquer la stagnation de l'urine dans la vessie, et réclamer des modifications dans l'emploi des moyens curatifs généralement indiqués.

a. Stagnation de l'urine avec affaiblissement et délabrement de la santé générale.

1° Quelquefois, la paralysie incomplète de la vessie persévère pendant de longues années sans être, ni suivie de rétention d'urine, ni accompagnée de symptômes assez intenses pour que le sujet sente la nécessité de recourir à un traitement régulier. Il continue de vivre en souffrant, en urinant tant bien que mal, fréquemment, avec effort et quelquefois avec douleur. Sa vessie s'affaiblit de plus en plus, et perd entièrement la faculté de se contracter. Il se déclare alors une impossibilité d'uriner; mais tantôt la rétention est accidentelle, brusque, temporaire, comme

dans les cas précédents, et il est ordinairement assez facile d'y remédier; tantôt, au contraire, elle est lente et progressive. Le malade dépérit, il a de la fièvre, ses forces diminuent, et son état devient incurable. J'ai vu un grand nombre de sujets qui avaient été réduits, par cette déplorable temporisation, à un tel état d'épuisement, que la moindre secousse suffisait pour aggraver leur position, et même pour abréger leur vie.

Un septuagénaire, qui éprouvait depuis longtemps des difficultés d'uriner, eut une rétention d'urine pour laquelle je fus appelé. Je le trouvai dans un état fort alarmant, avec fièvre, délire et perte du sentiment; le ventre était fortement distendu. Je retirai de trois à quatre litres d'urine bourbeuse, sanguinolente et fétide. Les douleurs cessèrent, mais l'état général ne s'amenda point, la faiblesse alla toujours croissant, et le malade s'éteignit le cinquième jour, sans aucune réaction du côté de la vessie.

La mort n'a pas toujours lieu aussi promptement. Un homme, âgé de quatre-vingt-neuf ans, fut atteint d'une rétention d'urine que des difficultés considérables d'uriner avaient précédée pendant plusieurs années, et qui s'était déclarée à la suite d'une phlegmasie pulmonaire chronique. L'évacuation urinaire procura une amélioration inespérée, qui ne permit pas de méconnaître l'influence que la distension prolongée de la vessie avait exercée sur la production des phénomènes morbides. Cette amélioration, résultat des introductions répétées de la sonde et des injections qu'on eut soin de faire, se maintint pendant plusieurs mois que le malade vécut encore, presque sans souffrir; mais l'épuisement des forces persista, fit des progrès, et amena enfin la mort.

Dans quelques cas, qui sont heureusement les plus nombreux, le mal est moins avancé, et l'art conserve encore une partie de son efficacité. Souvent on ne découvre rien dans l'appareil urinaire qui explique les désordres observés, notamment chez les sujets nerveux, épuisés par les excès et le travail, ou quand la santé se trouve délabrée, soit par une maladie de langueur, soit par les médications auxquelles on a eu recours. Ces cas peuvent se présenter sur l'un et l'autre sexe, et dans l'enfance aussi bien que dans la vieillesse J'en ai vu un assez grand nombre, qui m'autorisent à penser qu'on s'est trompé en disant que

la jeunesse était exempte de ces sortes d'accidents. On retrouve ici la plupart des phénomènes dont j'ai présenté le tableau en traitant des névralgies graves de l'urèthre et du col vésical. Mais je ne saurais trop appeler l'attention des jeunes praticiens sur ces affections, qui peuvent devenir une source de mécomptes pour eux, et de déceptions pour les malades et pour ceux qui les entourent. Ils sont exposés à méconnaître la stagnation de l'urine, parce que l'atonie de la vessie s'accompagne presque toujours d'une irritabilité et d'une contractilité exagérée de l'urèthre et du col vésical, qui rend le cathétérisme quelquefois difficile et toujours douloureux.

C'est dans les circonstances difficiles qui résultent de cette complication que le praticien doit se montrer circonspect, sous le double rapport du pronostic et du traitement. Par l'effet seul du passage subit de l'état de plénitude de la vessie à l'état de vacuité, il peut survenir des phénomènes formidables, sur lesquels je reviendrai encore en traitant de la cystite. Ce qui a lieu le plus communément, c'est que l'urine, qui paraissait d'abord naturelle, devient chargée, sanguinolente ou puriforme, que la fièvre s'aggrave et que, dans certains cas, la faiblesse générale augmente, après le cathétérisme, avec une rapidité effrayante; on dirait que la présence de l'urine dans son réservoir, faisant l'office de corps étranger, produisait une stimulation efficace dont l'économie se ressentait. Entre autre cas que j'ai observés, je citerai les suivants.

Un homme, âgé de soixante-dix-sept ans, d'une maigreur qui tenait du marasme, faisait depuis longtemps des efforts répétés et prolongés pour rendre de petites quantités d'urine. Il résultait de là une excitation dont on méconnut la cause. Au bout de quelques semaines, après qu'on eut épuisé les moyens du ressort de la médecine, je fus appelé et m'assurai que la vessie était dans un état de distension permanente. Je retirai environ deux litres d'urine en apparence normale; le malade obtint un soulagement inespéré; il se crut guéri; douze heures après il fallut réintroduire la sonde; déjà l'urine avait une teinte foncée, bientôt elle devint trouble, épaisse, et la faiblesse générale augmenta au point d'inspirer de vives inquiétudes. Le malade était sondé trois fois par jour; chaque fois on retirait une grande quantité

d'urine, mais, dans les intervalles, il n'y avait aucun besoin. A dater du sixième jour, l'urine reprit ses caractères normaux, mais la faiblesse persista, et malgré tout ce qu'on put faire pour ranimer les forces, le malade s'éteignit quelques semaines après.

Un vieillard se plaignait depuis longues années de douleurs dans les organes génito-urinaires, notamment lors de l'excrétion de l'urine. Après avoir essayé en vain une foule de médicaments internes, il se crut atteint de la pierre et me fit appeler. Je reconnus qu'il n'y avait pas de calcul, et que l'atonie de la vessie était la principale cause des désordres. Le malade avait, en outre, une constipation opiniâtre, il était d'une extrême susceptibilité, et son urèthre était fort irritable. Cette irritation générale et locale persista malgré tout ce que je pus faire pour l'apaiser, et la douleur causée par le passage de la sonde dans le canal, empêcha les injections de produire l'effet qu'on en attendait. Le malade survécut encore quelque temps, et finit par succomber.

On ne saurait se faire une juste idée de l'embarras que le praticien éprouve dans ces circonstances. Il a sous les yeux un malheureux, tourmenté par les angoisses, à chaque instant renouvelées, de la difficulté d'uriner, par l'appréhension continuelle d'une rétention d'urine, et dont les souffrances ne peuvent être momentanément soulagées qu'au moyen d'une opération qui l'effraye. Les premières introductions de l'algalie sont en effet très douloureuses. Essaye-t-on de placer une petite sonde à demeure, le plus souvent elle ne peut être supportée, et le malade l'arrache lui-même, quand on ne se hâte de l'enlever. Si l'on finit par obtenir qu'elle reste en place pendant deux ou trois jours, on en retire quelquefois un effet utile, malgré l'agacement et les douleurs qu'elle détermine. Tantôt, en effet, l'urèthre supporte mieux ensuite l'introduction de l'instrument, à chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir, et tantôt même il s'accoutume peu à peu au contact permanent de ce corps étranger.

Dans ces cas graves, différentes conditions peuvent se présenter. Trop souvent le malade s'éteint par suite d'un anéantissement progressif, et sans qu'il y ait la moindre réaction naturelle ou provoquée.

Quelquefois, vers la dernière période de la maladie, on observe

un changement total dans l'état du sujet. La vessie, qui paraissait avoir perdu sa vitalité, devient tellement sensible, souvent sans cause appréciable, qu'elle ne peut souffrir la présence de l'urine. La sonde, que le malade conservait sans la moindre douleur, ou qu'on introduisait avec facilité et sans produire de sensation pénible, cause de vives angoisses, et ne peut être ni introduite ni supportée; de là une fièvre intense.

Dans quelques circonstances, on obtient néanmoins un résultat satisfaisant, je citerai les cas suivants.

L'un des directeurs d'un observatoire de province, atteint de phthisie pulmonaire, éprouvait depuis longtemps, par intervalles, des difficultés d'uriner, assez fortes pour lui faire craindre d'être affecté de la pierre. La sonde lui inspirait une aversion telle, qu'il avait toujours reculé devant l'idée d'une exploration. A la fin cependant il se décida, surtout en voyant un de ses confrères de Paris, qui recevait également mes soins, faire lui-même usage de la sonde avec la plus grande facilité et sans éprouver la moindre douleur. Je reconnus que l'urèthre et le col vésical étaient fort irritables, mais qu'il n'y avait pas de pierre. Les désordres tenaient principalement à la stagnation de l'urine, par suite de l'atonie de la vessie. Je cherchai donc à rétablir l'excrétion du liquide, mais l'amélioration notable qui résulta du traitement ne se soutint pas. Chaque exaspération de l'affection pulmonaire retentissait sur la vessie, et le malade souffrait beaucoup pour uriner. Vers la fin de son existence, il eut un véritable catarrhe vésical.

Le fait suivant est surtout remarquable par l'invasion et la terminaison également brusques de l'inertie vésicale, survenue pendant le cours d'une autre maladie. Un de nos hommes politiques les plus vivement impressionnables me fit appeler en 1836. Je suis, me dit-il, à la première visite, *un paquet de nerfs malades;* vous ne sauriez prendre trop de précautions dans l'opération que vous devez me faire. Au milieu d'un traitement pour une irritation de poitrine, avec hémoptysie, ce malade se trouva tout à coup, sans cause appréciable, dans l'impossibilité d'uriner, et la distension de la vessie produisit bientôt des angoisses inexprimables. L'introduction de la sonde le fatigua beaucoup moins qu'il ne s'y attendait. Les premières colonnes de l'urine

furent lancées; le reste s'écoula en bavant, sans action de la vessie; huit heures après, il fallut de nouveau recourir à la sonde, et ainsi de suite, trois fois par jour, pendant un mois. L'opération devint chaque jour plus facile et moins douloureuse; mais, dans les intervalles, il ne s'écoulait pas une seule goutte d'urine, et le malade n'avait même pas de besoins; ce qui l'inquiétait beaucoup. L'écoulement de l'urine par la sonde se faisait toujours de la même manière, elle était projetée quand la vessie était distendue; mais à mesure que la distension cessait, la projection du liquide diminuait; bientôt il coulait en tombant, et il fallait comprimer l'hypogastre ou engager le malade à faire des efforts, pour vider entièrement l'organe, qui était complétement inerte. Tout à coup, au moment où l'on s'y attendait le moins, la vessie récupéra sa contractilité, l'émission de l'urine se fit naturellement comme en pleine santé; et le malade ne s'est plus ressenti d'un événement qui l'effraya très fort, mais dont l'apparition et la disparition n'ont pas été expliquées.

2° Lorsque l'affection tient à des excès vénériens, ce qui n'est pas rare, les phénomènes morbides se font remarquer par leur gravité et leur opiniâtreté. Presque toujours, dans ce cas, les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs sont atteints, et j'ai fait voir précédemment combien un pareil état est sérieux. Ce n'est pas seulement la membrane muqueuse de la portion prostatique de l'urèthre qui se trouve alors affectée Comme chez les sujets atteints de névralgie, l'irritation, par son étendue et ses ramifications, acquiert beaucoup de gravité, et contribue à rendre l'excrétion de l'urine d'autant plus difficile, que le passage des premières sondes au col vésical est accompagné d'une sensation très pénible, et entraîne une réaction toujours défavorable. Il faut donc redoubler de précautions et de ménagements, lorsqu'on introduit les instruments dans la vessie.

Ces cas se rapprochent beaucoup de quelques autres, dont je viens de parler, et dans lesquels il n'y a pas de maladie des voies spermatiques, mais où le système nerveux est tellement ébranlé, et l'agacement du sujet si considérable, qu'on ose à peine le toucher. C'est surtout ce qu'on observe chez certaines femmes frêles et délicates, que la pudeur ou la crainte d'une opération a tenues longtemps éloignées des soins que leur position réclamait.

Ici il y a évidemment faiblesse, inertie du réservoir de l'urine; mais presque toujours cette inertie est relative, ou seulement la conséquence de l'état névralgique de l'urèthre ou du col vésical, auquel spécialement se rattachent les désordres de la santé générale. Ainsi, les cas de ce genre appartiendraient plutôt aux névralgies graves qu'aux paralysies de la vessie, si la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine ne venait pas jouer un rôle si important dans la production des accidents ultérieurs.

Il n'est pas rare d'observer alors une particularité que j'ai déjà notée, mais qui doit être rappelée ici, attendu qu'elle peut induire en erreur. Par l'effet de l'exaspération de la sensibilité du col vésical, la présence d'une petite quantité d'urine provoque une sensation pénible, et le malade accuse la plupart des symptômes de l'atonie de vessie et de la stagnation d'urine, bien que ni l'un ni l'autre de ces états n'existe. Aussi observe-t-on de faux besoins d'uriner et des douleurs pour les satisfaire, surtout vers la fin des émissions et quand les dernières gouttes viennent de sortir : il y a même une sensation de pesanteur au périnée, sur laquelle les malades insistent beaucoup, parce qu'elle leur fait croire, ainsi qu'à plusieurs praticiens, que la vessie renferme un corps étranger.

3° L'atonie de la vessie par épuisement de la santé générale a beaucoup de rapport avec les cas précédents et aussi avec ceux dans lesquels la faiblesse de ce viscère est le résultat d'un âge avancé; mais elle en diffère, soit par l'irritabilité excessive de l'urèthre et du col vésical, soit par l'exaltation de la sensibilité générale. Cette particularité, dont les auteurs n'ont pas tenu compte, est fort importante : elle commande de grandes précautions dans l'emploi du moyen sur lequel on doit le plus compter pour combattre la paralysie de la vessie, c'est-à-dire l'usage de la sonde. Si l'on a recours à cette dernière, dès le début et sans précautions, ainsi que les auteurs le conseillent, on s'expose aux réactions les plus graves, sans parler des douleurs que fait éprouver l'introduction de l'instrument, et qui suffisent quelquefois pour décourager les malades. C'est dans de telles circonstances, presque toujours graves, qu'il faut associer un traitement général au traitement local, dont la direction réclame toujours un praticien exercé. Les opiacés, dont on a coutume de faire usage,

et sur lesquels il semble rationnel de fonder quelque espoir, ne produisent pas constamment l'effet qu'on en attend : il faut les varier, diversifier leurs doses, les associer à d'autres substances, et procéder par essais, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à reconnaître la forme et la combinaison qui conviennent le mieux. L'important est de s'y prendre à temps, et de ne pas méconnaître, comme il arrive si souvent, l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine, puisque cette méprise suffit pour faire échouer toute espèce de traitement. Or, les praticiens n'ont égard à l'état de la vessie que quand il survient une hématurie, un catarrhe vésical ; mais celui-ci n'éclate en général qu'à une époque assez avancée de la maladie, et alors il est presque toujours trop tard.

J'ai dit que l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine se rencontrent surtout chez les femmes excessivement nerveuses, épuisées par les excès. Cependant j'ai vu plusieurs femmes, de forte constitution, en être atteintes, et chez quelques-unes les accidents ont été fort opiniâtres.

4° On pourrait établir des catégories variées entre les cas dans lesquels la vessie cesse de fonctionner ou fonctionne mal, par suite d'états nerveux, locaux ou généraux, ayant leur siége en dehors des organes urinaires. Il semble qu'alors toute l'action vitale se concentre sur la partie affectée, à tel point que le besoin de vider la vessie ne se fait plus sentir. Ainsi, on voit des hystériques, des hypochondriaques, ou des personnes atteintes d'autres maladies nerveuses graves, ne pas éprouver le besoin d'uriner, et laisser le liquide s'amasser en grande quantité dans la vessie, sans que rien les avertisse de cette accumulation. Le sujet peut ainsi rester plusieurs jours sans uriner. La conduite à tenir en pareil cas varie selon le degré de plénitude de l'organe, et suivant la durée probable de la maladie, sous l'influence de laquelle la vessie a cessé de se contracter. S'il s'agissait d'une attaque d'hystérie ou de toute autre affection temporaire accidentelle, et que la vessie ne fût pas distendue, il ne serait pas nécessaire de pratiquer le cathétérisme évacuatif, car on sait qu'alors la sécrétion urinaire est souvent ralentie, sinon même suspendue, et que, par conséquent, les malades peuvent rester longtemps sans uriner. Mais il faut surveiller l'état de la vessie, en palpant l'hypogastre,

attendu qu'il y aurait de graves inconvénients à la laisser se distendre outre mesure. L'exploration extérieure suffit presque toujours ici, le sujet ayant, en général, peu d'embonpoint.

Dans les cas dont je vais m'occuper, la complication est produite par des états morbides généralement plus faciles à déterminer.

4. Atonie de la vessie avec rétrécissements et autres maladies de l'urèthre.

Les observations que j'ai présentées dans le premier volume de ce traité mettent hors de doute ce fait, qu'il était déjà facile de prévoir d'après la théorie, à savoir que les névralgies, les spasmes, les rétrécissements de l'urèthre, et tous les obstacles à la libre expulsion de l'urine, exercent une grande influence sur la production de l'atonie, de la faiblesse, de la paralysie de la vessie. Ces divers états morbides peuvent aussi ne constituer qu'une simple complication de l'atonie vésicale, c'est-à-dire être insuffisants pour déterminer la paresse de vessie, s'il n'existait pas déjà une prédisposition marquée à cette dernière affection. Mais qu'ils jouent le rôle de cause, ou qu'ils ne soient qu'une simple coïncidence, ils n'en méritent pas moins une sérieuse attention ; d'autant plus qu'on est souvent exposé à les méconnaître, par suite de l'habitude générale qui consiste à employer, pour l'exploration de la vessie, des sondes qui ne remplissent pas la capacité du canal. En effet, une sonde ordinaire passe aussi bien dans un urèthre légèrement rétréci que dans celui qui est libre ; car, pourvu que le point rétréci conserve encore un calibre supérieur au diamètre de la sonde, celle-ci le franchit sans difficulté. Cependant, l'état de roideur et d'induration dans lequel se trouvent alors les parois uréthrales, suffit pour rendre l'excrétion de l'urine pénible et laborieuse, surtout lorsque la vessie est naturellement faible, paresseuse. J'ai cité plusieurs faits attestant que, non-seulement la stagnation, mais encore l'incontinence et même la rétention temporaire de l'urine, et un grand nombre de catarrhes vésicaux, ne reconnaissent pas d'autre cause, en sorte qu'il n'y a qu'à faire disparaître la lésion uréthrale pour rétablir aussitôt l'équilibre, et, par suite, la santé.

C'est là un fait patent, à l'abri de toute contestation, qu'on laisse trop souvent de côté.

Il ne sera pas inutile de faire connaître la circonstance qui a le plus contribué à fixer mon attention sur l'influence que les rétrécissements peu développés de l'urèthre exercent sur les contractions vésicales. J'ai eu à traiter un grand nombre de sujets affectés d'atonie opiniâtre de la vessie Dans un cas, entre autres, après avoir employé divers moyens sans succès, je me suis trouvé conduit à rechercher s'il n'existait pas dans l'urèthre ou la vessie quelque lésion organique susceptible d'entretenir les accidents Je reconnus que l'introduction d'une grosse bougie, n° 10 ou 11, était rendue impossible par une bride au méat urinaire. Je détruisis cette bride dans l'unique but de pouvoir plus tard, faire passer la bougie, ou un instrument explorateur, sans que le malade souffrît. Quelle n'a pas été ma surprise, au bout de quelques jours, de voir disparaître, par cela seulement, tous les symptômes d'atonie de la vessie et de stagnation de l'urine! En se multipliant, les faits de ce genre m'ont mis à même d'apprécier la portée d'une cause qui reste si souvent ignorée, et depuis lors j'ai guéri un assez grand nombre de malades par le simple débridement du méat urinaire.

Or, il était indubitable que le phénomène, constaté en ce qui concerne l'orifice externe du canal, devait se produire également dans les parties profondes de celui-ci, soit qu'il fût rétréci réellement, soit que ses parois eussent seulement perdu de leur souplesse, de leur élasticité. C'est, en effet, ce que l'expérence m'a prouvé d'une manière en quelque sorte surabondante. Aussi, toutes les fois que je rencontre une paresse de vessie rebelle aux moyens énumérés plus haut, avant même de rechercher si la cause de cette opiniâtreté réside dans la vessie ou dans d'autres parties du corps, je m'attache à acquérir une idée nette de l'état des parois uréthrales.

Le procédé est fort simple. Il consiste à introduire une bougie molle, de 6 à 8 millimètres de diamètre, dimension normale de l'urèthre chez l'homme. S'il y a un rétrécissement commençant, la bougie est arrêtée, ou ne pénètre qu'avec peine. Dans ce dernier cas, après deux minutes de séjour, elle rapporte une empreinte, qui fait connaître la situation, l'étendue, l'é-

paisseur du point rétréci. Si, au lieu de rétrécissement, il y a perte de souplesse des parois utéthrales, les difficultés de l'introduction sont les mêmes, quelquefois plus grandes, la bougie est serrée, mais elle ne rapporte pas l'empreinte d'un étranglement plus ou moins circulaire ; quelquefois seulement elle est aplatie, dejetée, comprimée dans une certaine étendue. Ces indices font connaître que la partie correspondante du canal n'est point dans l'état normal. Il est bien entendu qu'on ne confondra pas les déformations dont il s'agit avec celles qui pourraient résulter d'un mode vicieux d'introduction, et que j'ai fait connaître ailleurs ; car je dois supposer qu'on a procédé régulièrement.

L'introduction des grosses bougies exploratrices fait quelquefois éprouver des douleurs au malade. Il faut alors s'y prendre d'une autre manière. On commence par une bougie de 4 à 5 millimètres. Lorsqu'elle passe aisément, après deux ou trois jours, on en prend une plus grosse, en suivant la marche que j'ai déjà tracée, et l'on parvient ainsi, en une ou deux semaines au plus, à faire penétrer, sans causer de souffrances au malade, une bougie qui, remplissant exactement le canal, puisse fournir toutes les notions dont on a besoin. Je me borne à présenter ces courtes remarques sur un sujet dont je me suis longuement occupé dans le premier volume de ce traité. Qu'il me suffise de faire observer, eu égard à ces explorations, que la manœuvre paraît si simple, si facile, et le résultat si certain, qu'on hésite à admettre la possibilité d'une méprise. Et cependant il s'en commet tous les jours et de fort graves. Combien de malades subissent de longs traitements pour des maladies qu'ils n'ont pas. Il ne faut pas oublier surtout que les rétrécissements allongés ne laissent pas ordinairement d'empreinte profonde et limitée sur la cire ; qu'en outre, les uns possèdent une grande contractilité, qui comprime la bougie dès qu'elle est en place, tandis que d'autres en sont dépourvus, au point qu'après y avoir fait pénétrer de force un instrument conique, il y reste libre comme s'il s'agissait d'un conduit inerte, et enfin que les différences dont la courbure de l'urèthre est susceptible, sous la symphyse, peuvent faire croire à des rétrécissements qui n'existent pas.

Dès qu'on est fixé sur la présence et la nature de la coarctation, il reste à combiner les moyens curatifs que j'ai exposés en traitant des lésions de l'urèthre et ceux que je viens d'indiquer contre l'atonie vésicale.

Fréquemment alors il y a de l'avantage à traiter le rétrécissement par l'usage des sondes à demeure, qui stimulent la vessie, en même temps qu'elles opèrent la dilatation du point rétréci du canal. Beaucoup de malades ont été traités ainsi avec succès, en ayant soin, toutefois, au début du traitement, de recourir à l'emploi des bougies molles, pour disposer l'urèthre à supporter sans inconvénient la présence continue de la sonde. De même, vers la fin, pour consolider la guérison, il est préférable de n'employer que la dilatation temporaire, combinée avec les injections d'eau froide dans la vessie.

Il faut surtout agir de la sorte lorsque le malade n'est pas à portée de recevoir en temps utile, et aussi souvent qu'il le faudrait, la visite du chirurgien. Dans les cas réfractaires des coarctations longues et dures, le traitement par les sondes à demeure offre aussi des avantages incontestables, et l'on doit y recourir, autant que les circonstances le permettent, toujours en prenant les précautions dont j'ai fait un précepte; car, aussi longtemps que le canal est rétréci, la vessie ne possédant pas assez de force pour chasser l'urine, il en résulte des contractions inutiles, qui ne font qu'accroître l'état morbide local, en même temps qu'elles exercent sur les principales fonctions des influences fâcheuses, qui retardent la guérison, si même elles ne la compromettent. Mais, je ne saurais trop le répéter, dans les circonstances où le rétrécissement uréthral est peu dur, lorsqu'on est en position de voir le malade aussi souvent que son état l'exige, c'est par la dilatation temporaire qu'il est préférable de le combattre, soit en employant les bougies molles, s'il n'est pas nécessaire d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, soit en ayant recours aux sondes, dans le cas où il est indiqué de vider la vessie et de faire en même temps des injections. La guérison qu'on obtient par cette méthode, aussi bien que par l'uréthrotomie, est prompte, et plus durable que lorsqu'on a employé les sondes à demeure.

c. Atonie de la vessie avec lésions de la prostate et du col vésical.

De toutes les complications qu'on peut rencontrer chez les malades affectés d'atonie de la vessie, il n'en est pas de plus fréquentes, de plus graves et de plus embarrassantes, que les lésions de la prostate et du col de la vessie. Les nombreuses observations que j'ai été à même de recueillir, m'ont mis à même de faire ressortir les obstacles que ces lésions apportent à l'excrétion de l'urine et au passage des instruments. Non-seulement elles prédisposent à la paralysie de la vessie, mais elles compliquent le traitement de difficultés de tous genres. Je me suis occupé fort au long de ce sujet dans le volume précédent, et j'aurai encore à y revenir en traitant de la rétention, de l'incontinence d'urine et du catarrhe vésical. Je me bornerai à présenter ici quelques remarques, d'autant plus nécessaires, que de graves auteurs ont passé ce sujet sous silence, et que les difficultés du traitement se trouvent considérablement accrues par l'incurie des malades et les illusions dont ils se bercent.

Sous ce dernier rapport, je reproduirai un fait que Chopart cite, d'après Laflize. Il concerne un médecin qui souffrait depuis trois années d'une tumeur à la région hypogastrique, dont lui-même méconnut la nature. Avec le temps, les difficultés d'uriner augmentèrent, la tumeur devint plus saillante, et il y eut parfois incontinence d'urine. Le malade alors consulta Louis, qui reconnut que la tumeur était formée par la vessie distendue. Malgré la gravité de son état, le malade s'en occupa si peu, que quatre heures avant sa mort il voulait sortir pour vaquer aux soins de sa clientèle. On trouva les reins tuberculeux et désorganisés, les bassinets distendus, les uretères cinq fois plus amples que de coutume, et les parois vésicales épaisses de 2 centimètres. La vessie contenait près de quatre litres d'urine : elle avait 30 centimètres de longueur sur quinze de largeur. La prostate était dure comme une pierre et du volume d'un œuf. Un rétrécissement se voyait à 3 centimètres du col vésical.

Que l'inertie de la vessie soit primitive ou secondaire, et quels que soient, dans ces derniers cas, la nature et le mode d'action des obstacles au cours de l'urine, qui ont produit successive-

ment la fatigue, la paresse et la paralysie du réservoir de l'urine, presque toujours le mal existe déjà de longue date, lorsque les malades réclament les secours de l'art; car ils sont d'autant moins portés à s'en occuper, que l'affection prostatique coexistante, qui très probablement a précédé tous les accidents, les habitue en quelque sorte à uriner avec lenteur, par un jet faible et déformé. La simple tuméfaction de la prostate n'étant presque jamais accompagnée de véritables douleurs, ils ne font sérieusement attention à leur état que lorsque la faiblesse de la vessie a augmenté au point de ne plus permettre l'expulsion de l'urine.

Quoiqu'il ne soit pas exact, comme on l'a prétendu, que l'accumulation de l'urine dans la vessie, attribuée à l'atonie et à la paralysie de ce viscère, soit dix-huit fois sur vingt, le résultat d'une affection de la prostate, toujours est-il certain que cette complication se rencontre fort souvent, et que dès lors il importe de savoir la distinguer. Or, je ne saurais trop le répéter, il y a pour cela un moyen facile et sûr, qu'on persiste cependant à négliger. Lorsque la difficulté d'uriner tient surtout à un engorgement de la prostate, sans atonie de la vessie, l'urine est projetée avec force aussitôt que la sonde arrive dans le viscère. Quand, au contraire, l'atonie de la vessie est la principale cause des difficultés d'uriner, le liquide retiré par la sonde n'est point lancé, et coule, pour ainsi dire, en bavant : il n'y a projection que pour les premières portions, sur lesquelles s'exerce le peu de contractilité que possède encore la vessie, et le reste tombe, sans jet, par le seul fait de la pesanteur. Si le malade est couché, il n'y a projection qu'autant qu'il fait effort, qu'il contracte le diaphragme et les parois abdominales, ou qu'on presse sur l'hypogastre. Quant à la lésion prostatique elle-même, j'ai dit ailleurs quels sont les moyens auxquels on doit avoir recours pour la constater. Je n'ai à revenir ici ni sur le choix de ces moyens, ni sur la manière de les appliquer. J'insisterai seulement sur la nécessité de procéder avec lenteur, sans secousses, sans violence; c'est la seule manière, non-seulement d'épargner d'inutiles douleurs au malade, mais encore d'écarter des difficultés provenant de la contraction spasmodique des muscles qui agissent médiatement ou immédiatement sur l'urèthre. Le fait suivant servira de commentaire à ce dernier précepte.

Un de nos poëtes les plus distingués fut attaqué subitement, à l'âge de soixante ans, d'une rétention d'urine qu'on attribua à différentes causes. Plusieurs praticiens de la capitale furent appelés pour le sonder ; mais ils ne purent parvenir dans la vessie. Consulté à mon tour, je m'assurai d'abord que l'urèthre était libre jusqu'au col vésical, et que, là, il était dévié par un engorgement de la prostate. Rien n'indiquait d'ailleurs que les tentatives infructueuses de mes prédécesseurs eussent, comme il arrive si souvent, opéré des désordres. Ce fut donc avec pleine confiance que je pratiquai le cathétérisme, mais avec une lenteur et des ménagements infinis. A l'aide de ces précautions, peut-être trop négligées auparavant, la sonde pénétra beaucoup plus facilement que je ne l'avais présumé, et le malade souffrit si peu qu'il ne la croyait pas arrivée dans la vessie lorsque l'urine coulait déjà. L'instrument fut retiré tout de suite; mais il fallut le réintroduire au bout de quelques heures. Cette fois, on le laissa huit jours, et on le remplaça par une autre sonde, qui séjourna le même laps de temps ; il en fut de même pendant deux mois. Plusieurs fois on essaya de retirer l'instrument ; mais la rétention d'urine se reproduisait immédiatement. Une fois même, cette rétention se prolongea, et fut suivie d'une réaction qui dura quelques jours. On employait en même temps tout ce qui pouvait augmenter les forces de la vessie et provoquer ses contractions. La sonde fut enfin retirée, et l'urine expulsée comme dans l'état normal ; seulement, les besoins étaient un peu plus fréquents.

Nous avons vu que, dans quelques cas de spasme du col vésical, il suffisait de sonder une fois le malade pour que l'équilibre se rétablît : les parois vésicales n'étaient distendues qu'accidentellement, et la contraction du col était temporaire. Mais ici, les parois de la vessie ont été fatiguées, épuisées par une distension prolongée, que l'obstacle au col avait préparée de longue main, sans compter la phlegmasie, qui ne tarde pas à se produire avec une intensité variable. Dans les cas peu avancés, il suffit ordinairement, ainsi qu'on l'a vu pour ceux d'atonie simple, d'aider, par quelques introductions de sonde, la vessie à se débarrasser du liquide qu'elle contient : au bout de quelques jours, la contractilité de l'organe se rétablit, et l'urine est expulsée naturelle-

ment, quoique le jet soit encore faible et que les besoins se reproduisent plus fréquemment que dans l'état ordinaire. L'impulsion vers le mieux étant une fois donnée, la fonction se rétablit d'elle même, et je puis affirmer, d'après une longue expérience, que l'on obtient ainsi, dans un court espace de temps, la cessation complète de désordres qui avaient résisté à tous les traitements du ressort de la médecine.

S'agit-il de cas plus avancés? Il devient nécessaire de laisser une sonde à demeure. Au bout d'un à deux mois, quelquefois plus tôt, la vessie se contracte, et chasse l'urine entre l'instrument et le canal. Alors on peut retirer la sonde, du moins pendant le jour.

Si le cas est plus grave encore, et surtout s'il existe d'autres complications, comme un catarrhe vésical, etc., la contractilité ne se rétablit qu'après un emploi plus prolongé des sondes. Cette lenteur dans le rétablissement de l'excrétion urinaire avertit le chirurgien de se tenir longtemps en éveil. La guérison est d'abord peu solide, et l'on doit craindre le retour de la rétention. C'est alors, principalement, qu'il est nécessaire de continuer l'usage de la sonde pendant la nuit, et d'associer à ce moyen les divers traitements que j'ai passés en revue. Avec des précautions, on finit souvent par obtenir une cure plus durable qu'on n'aurait osé l'espérer. Je ne saurais entrer ici dans de plus longs détails sans répéter ce que j'ai dit en traitant des maladies de la prostate. Faut-il ajouter, qu'eu égard au rétablissement du cours de l'urine, par des moyens qui laissent subsister la lésion organique du col vésical, les résultats favorables, chaque jour plus nombreux qu'on obtient, me semblent très propres à faire voir qu'on attribue à la prostate un rôle exagéré.

d. Atonie de la vessie chez les calculeux.

Je me suis occupé assez longuement, dans le *Traité de la lithotritie et de l'affection calculeuse*, de l'inertie de la vessie chez les sujets atteints de la pierre, pour qu'il me suffise de mentionner ici, pour mémoire seulement, cette grave complication, si fréquente, et si digne de fixer l'attention des praticiens, bien qu'elle soit en quelque sorte passée sous silence. Je me bor-

nerai à rapporter, à son sujet, un cas récent d'un assez grand intérêt.

M. de B***, âgé de soixante-dix-sept ans, épuisé par de longues souffrances, réclama mes soins en mai 1854, après avoir épuisé sans succès les ressources de la médication interne. Je trouvai la vessie distendue, quoique le malade rendît toutes les heures, avec effort, une certaine quantité d'urine. L'urèthre était d'une irritabilité extrême; l'introduction de la sonde, conduite avec toute la précaution désirable, causait de vives douleurs. J'obtins cependant que le cathétérisme serait renouvelé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et un de mes aides passait, à cet effet, les nuits près du malade. Ce ne fut qu'au bout de quinze jours que l'irritabilité du canal diminua, et que le malade parvint à se sonder lui-même. J'avais reconnu l'existence d'une lésion de la prostate et d'une pierre dans la vessie. Mais bien que l'état déplorable de la santé générale ne permît pas de rien entreprendre pour détruire ou extraire celle-ci, l'introduction de la sonde, toutes les trois heures, suffit pour prolonger les jours du malade, qui put retourner à la campagne, où il succomba quelques mois après.

e. Atonie de la vessie avec fongus, tumeurs et autres états morbides des parois vésicales.

Ce n'est pas seulement la tuméfaction de la prostate qui peut produire ou compliquer l'atonie, la paralysie de la vessie ; toute autre tumeur ayant son siége dans l'intérieur de cet organe, dans l'épaisseur de ses parois, et surtout au voisinage de son col, tels que fongus, polype, cancer, squirrhosité, induration, abcès, est susceptible de donner lieu aux mêmes effets, c'est-à-dire de gêner, d'empêcher même la contractilité vésicale, et de constituer une complication fort grave de l'état morbide dont je m'occupe. Il suffit ici d'énoncer ce fait, qui n'a pas besoin de démonstration, pour que le praticien appelé à combattre l'atonie de la vessie, comprenne la nécessité de rechercher s'il n'existerait pas simultanément quelqu'une des lésions organiques indiquées. Mais je dois rappeler qu'on a souvent beaucoup de peine à constater celles-ci, et qu'il est nécessaire pour cela de répéter les explorations, en y procédant avec le plus grand soin possible.

J'ai observé à l'hôpital Necker un vieillard qui éprouvait tous les symptômes de la pierre. A un premier examen, je reconnus que la vessie ne se vidait pas, et qu'il n'existait point de corps étranger. Des recherches ultérieures me firent reconnaître, au côté droit du bas-fond, une induration assez étendue, qui était la véritable cause de l'atonie du viscère.

J'ai démontré que les cellules vésicales ne sont point rares, tant chez les calculeux que chez d'autres malades. J'ai dit que ces cellules ont quelquefois une capacité considérable, et que leurs parois ne possèdent qu'une faible puissance expulsive, soit que la membrane muqueuse les constitue à elle seule, soit que l'adhérence de leur surface externe aux tissus voisins mette obstacle à la contraction nécessaire pour chasser les liquides qu'elles contiennent. Cette inertie des cellules vésicales explique des phénomènes assez communs. L'émission de l'urine s'accomplit presque toujours avec lenteur, irrégularité et même incomplétement. Lorsque cette disposition insolite coïncide avec l'atonie vésicale, il y a deux causes pour que l'urine séjourne extraordinairement dans son réservoir, d'autant plus que les cellules, occupant ordinairement le bas-fond, retiennent ce liquide, en même temps que les dépôts qu'il forme, d'où résultent beaucoup de catarrhes de vessie, presque toujours rebelles aux traitements qu'on leur oppose. Le cas est donc très grave. L'opiniâtreté des phénomènes morbides établit une forte probabilité de l'existence des cellules vésicales, quand d'ailleurs on ne découvre, ni au corps de la vessie, ni à son col, ni dans l'urèthre, rien autre chose qui puisse l'expliquer.

Ce que je dis des cellules s'applique à toute disposition morbide de la vessie, de nature à diminuer ou à enrayer sa contractilité, et à rendre ainsi l'émission de l'urine lente, difficile, incomplète. Ainsi les vices de conformation de cet organe et ses déplacements peuvent contribuer à produire ou à entretenir son atonie, ou simplement exister avec elle. Il y a même des cas où l'une de ces maladies peut être prise pour l'autre, et le praticien se trouver dans une grande perplexité. La plupart du temps alors on ne parvient à établir le diagnostic que par voie d'élimination, en analysant chacune des affections séparément, et en multipliant les explorations.

Quant au traitement, il varie suivant les circonstances. Pour ce qui concerne la lésion principale, l'art est malheureusement presque toujours impuissant, et les palliatifs sont à peu près la seule ressource qui lui reste. Mais, eu égard aux conséquences, le traitement a plus de portée qu'on ne serait disposé à le croire. Par l'emploi de la sonde et des injections, en effet, on aide la vessie à se débarrasser de son contenu, même quand elle est à cellules, et on enlève les dépôts muqueux ou purulents qui peuvent exister, soit dans son intérieur, soit dans les poches accessoires. C'est le meilleur, ou même le seul moyen de combattre l'affection catarrhale, et de remédier aux désordres que cette dernière manque rarement de provoquer, soit localement, soit dans la santé générale.

f. Atonie simultanée de la vessie et du rectum.

Parmi les causes de l'atonie et de la paralysie de la vessie, il en est qui agissent en même temps sur d'autres parties du corps, notamment sur l'extrémité inférieure du canal intestinal. Alors, au lieu d'une maladie, on en a plusieurs à combattre. Ce cas arrive assez fréquemment, soit qu'une même cause exerce une action multiple, soit que l'une des maladies simultanées, ayant d'abord existé seule, ait contribué à produire l'autre, et suffise pour l'entretenir. J'ai déjà dit, et la pratique journalière le prouve sans réplique, que les constipations prolongées, quelle qu'en soit l'origine, exercent une grande influence sur la contractilité vésicale. Mais il y a une distinction importante à établir. Quelquefois, ainsi que nous l'avons vu en traitant des névralgies du col vésical, la vessie peut être irritée, stimulée par le séjour des excréments durcis dans le rectum, se maintenir dans un état permanent de contraction, et ne pas se laisser distendre par l'urine. Il en résulte des besoins incessants et impérieux d'uriner, qui tourmentent beaucoup les sujets. J'ai vu un grand nombre de ces malades, de l'un et de l'autre sexe, et à toutes les époques de la vie, dont l'état était presque insupportable. Les phénomènes morbides m'ont frappé d'autant plus, qu'ils résistaient davantage aux moyens dont l'art dispose, et que j'ai fait connaître dans le volume précédent. D'autres fois, au contraire, les amas

de matière fécale dans le rectum, en comprimant les parties rapprochées du col, et le col lui-même, entravent l'effet des contractions vésicales; d'où il résulte que l'urine s'accumule dans son réservoir, y séjourne beaucoup plus qu'elle ne devrait le faire, et produit des désordres variés. L'art remédie à cet état avec facilité. Mais trop souvent les praticiens ne tiennent pas compte de l'influence qui le produit, bien qu'elle ait été signalée déjà par Hippocrate, et que des chirurgiens modernes, Ch. Bell entre autres, se soient attachés à en faire ressortir les effets. Dans un très grand nombre de cas de ce genre, qui se sont présentés à mon observation, j'ai fait cesser les désordres de l'excrétion urinaire, en rétablissant le cours des matières stercorales.

Ne voulant pas répéter ici ce qui a déjà été exposé dans d'autres chapitres, je n'insisterai que sur un autre point, celui de la coexistence de l'atonie du rectum avec celle de la vessie, en tant que toutes deux dépendent d'une seule et même cause. Il est bien entendu que je fais abstraction en ce moment des cas où les deux réservoirs sont frappés par suite de lésions profondes des centres nerveux, et participent à des paralysies plus ou moins étendues.

Mais, en dehors de cette circonstance, j'ai vu quelques malades chez lesquels les fonctions de la vessie et du rectum s'accomplissaient depuis longtemps d'une manière très imparfaite, avec lenteur et seulement après des efforts prolongés. De ce travail pénible, dont il était difficile de démêler la cause, étaient résultés une émaciation, un affaissement, une sorte de prostration générale qui mettaient les sujets dans une situation fâcheuse, surtout lorsqu'à l'état d'inertie des réservoirs de l'urine et des matières stercorales se joignait une irritation prononcée de l'urèthre, ce qui n'est point rare. Pour peu qu'un tel état dure, la santé se détériore, la sensibilité s'exaspère et des symptômes nerveux alarmants ne tardent pas à éclater.

Le praticien éprouve alors un grand embarras. La sensibilité de l'urèthre rend l'usage de la sonde fort douloureux, et empêche même d'y recourir; presque toujours les lavements demeurent sans effet, et les purgatifs, même les plus doux, paraissent contre-indiqués par l'irritabilité apparente des premières voies. La vie du malade se trouve ainsi entre deux écueils, qui la menacent également.

On ne saurait donc trop s'empresser de prévenir le développement de ces états complexes, à la manifestation desquels il y a d'autant plus de certitude de s'opposer, qu'on s'y prend de meilleure heure. Si l'on a été appelé trop tard, on ne peut qu'espérer de ralentir ou d'arrêter, pour un certain temps, la marche des désordres; très rarement on obtient une guérison radicale, et les secours de l'art ne peuvent plus avoir d'autre but que de procurer au malade une existence supportable plus ou moins prolongée.

Les cas de ce genre, qui se sont offerts à moi, étaient presque toujours compliqués de catarrhe vésical, ce qui fait que j'en parlerai plus loin. Qu'il me suffise de faire remarquer ici, qu'en général, on me paraît se préoccuper trop des états qui semblent s'opposer à l'emploi des purgatifs, surtout à doses fractionnées. Dans une nombreuse série de cas où les lavements laxatifs n'avaient pas suffi à réveiller l'action de l'intestin, j'ai administré par la bouche des purgatifs sous toutes les formes, et les malades s'en sont parfaitement trouvés. Les craintes que m'avait fait concevoir la susceptibilité, en apparence excessive, du canal intestinal, n'avaient aucun fondement, et je reste persuadé que, dans ces cas, aussi bien que dans beaucoup d'autres, on n'use pas assez souvent des purgatifs.

Ce que je viens de dire de l'accumulation et du séjour prolongé des matières fécales dans le rectum, doit s'appliquer aux diverses maladies de cet intestin : aux hémorrhoïdes, qui sont si communes, aux ascarides, etc., et aussi aux maladies de l'utérus. Dans ces divers cas, les organes voisins de la vessie, par leurs états morbides, sont des points de départ d'influences qui troublent, pervertissent, suspendent même les contractions du réservoir de l'urine, d'où peuvent résulter des désordres dont il n'est pas facile de se rendre raison, et qui embarrassent beaucoup le praticien. M'étant déjà occupé de ces influences, je me borne à les rappeler ici.

g. Atonie de la vessie provoquée par des affections des centres nerveux.

Parmi les lésions organiques étrangères à l'appareil urinaire, qui peuvent coexister avec l'atonie de la vessie, à titre ou de cause

ou d'effet, il s'en trouve un certain nombre qui semblent n'avoir aucun rapport direct avec l'état de ce viscère; mais il y en a d'autres dans lesquelles la théorie indique au moins une liaison entre les parties affectées. Telles sont surtout les lesions du cerveau et de la moelle épinière, origine d'une partie des nerfs qui se distribuent à l'appareil chargé de sécréter et d'excréter l'urine. Ces cas sont fréquents, en général fort graves et à ce double titre, méritent une attention sérieuse. Déjà la science possède un grand nombre de faits constatant l'influence réciproque que la vessie et l'encéphale exercent l'un sur l'autre. Les remarques que j'ai à présenter sur ce sujet ne sont pas neuves, mais elles pourront contribuer à élucider quelques questions encore obscures, en même temps qu'elle feront ressortir la nécessité d'une médication que l'on me paraît avoir beaucoup trop négligée.

Chopart dit qu'on ne connaît aucun cas de paralysie de vessie après un coup violent sur la tête, suivi de commotion et d'épanchement. M. Pascal parle cependant d'un homme chez lequel cette paralysie fut déterminée par la chute d'une lourde porte, qui entraîna la perte subite de connaissance. A la vérité, l'ébranlement dut atteindre aussi la moelle épinière; mais comme la rétention d'urine succède quelquefois à l'apoplexie, on ne voit pas trop pourquoi elle ne pourrait pas également dépendre d'une violente commotion cérébrale.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare qu'après une chute, un coup, une contusion à la tête ou au dos, la vessie se trouve frappée d'inertie ou d'une paralysie plus ou moins complète. A la suite de tels accidents, le praticien doit donc surveiller de près les fonctions de ce viscère, bien qu'il n'existe souvent aucun indice provenant de sensations accusées par le blessé. Deux circonstances surtout réclament son attention : la cessation de l'écoulement urinaire et l'apparition d'une tumeur à l'hypogastre. Ces deux phénomènes ne sont pas inséparables l'un de l'autre; mais comme on les apprécie sans peine, ils sembleraient devoir suffire, quand on les rencontre ensemble, pour mettre à l'abri de toute méprise. Cependant Chopart, Morgagni et d'autres auteurs citent des cas dans lesquels leur coïncidence n'a pas garanti de l'erreur.

[illegible] se tenant sur ses poignets, et pousse autant [illegible] l'urine s'échappe par un filet grêle, souvent interrompu. En s'y reprenant à plusieurs fois, le malade parvient pourtant à vider jusqu'à un verre d'urine. A raison de quelques sensations pénibles qui se manifestaient depuis plusieurs mois à la région vésicale, il croyait être atteint de la pierre. Mais, rien dans ses symptômes ne pouvant me faire soupçonner l'existence d'un corps étranger, je n'introduisis la sonde que pour rassurer son imagination et reconnaître si la vessie se vidait entièrement, ce qui ne paraissait douteux, malgré les affirmations du malade. En effet, l'instrument fit sortir plus d'un litre d'urine, colorée et légèrement fétide. C'est à cet amas d'urine, dont la vessie ne pouvait se débarrasser, malgré tous les efforts, qu'il fallait attribuer les sensations pénibles. Je prescrivis d'introduire la sonde deux fois par jour au moins, et de nettoyer de temps à autre la vessie par des injections. La maladie principale ne permettait pas d'espérer de ces moyens autre chose qu'un effet simplement palliatif, qui fut effectivement obtenu.

A côté de ce fait peut être placé le suivant, qui offre avec lui beaucoup d'analogie. Un de nos chirurgiens militaires les plus distingués, âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament nerveux très prononcé, remarquait depuis longtemps que l'émission de l'urine se faisait chez lui avec une lenteur extrême, et il en accusait la capacité de sa vessie, qui était fort grande. Du reste, il n'éprouvait ni algie, ni douleurs du côté de cet organe, tandis qu'il en ressentait de permanentes dans les régions lombaire et dorsale. [illegible] l'inquiétèrent vivement, surtout lorsqu'il s'aperçut que [illegible] devenait difficile. Guidé par ses propres connaissances [illegible] les conseils de ses amis, il suivit avec exactitude, [illegible] les divers traitements usités contre les lésions [illegible] de la moelle épinière; bientôt il ressentit de la gêne, [illegible] même de la douleur vers l'excavation pelvienne, [illegible] malgré tous les moyens employés pour [illegible] fut alors que le malade vint à Paris. On n'avait [illegible] reconnaître que sa vessie ne se vidait pas complé[illegible] les efforts qu'il faisait et le temps considérable [illegible] Je lui en fournis la preuve en le sondant [illegible] après une émission naturelle; la sonde fit sortir

environ un litre d'urine louche, noirâtre et fétide. Une partie des accidents devait être attribuée au séjour trop prolongé des matières fécales dans le gros intestin, qui ne s'en débarrassait qu'à de longs intervalles. Il suffit d'aider la vessie et le rectum à se délivrer en temps utile de leur contenu pour obtenir un soulagement notable. C'était le seul résultat qu'on pût espérer, puisque la maladie principale était incurable.

On comprend, en effet, que le traitement de ces sortes de paralysies complètes ou incomplètes de la vessie, varie en raison de la cause qui les produit. Il ne faut pas perdre de vue que les difficultés d'uriner et la rétention ou l'incontinence d'urine sont ici des effets secondaires. Cependant on doit s'en occuper, même avec soin, et aider la vessie à se débarrasser de son contenu; mais, cette première indication remplie, c'est la maladie principale qui réclame l'attention. Sous ce rapport, je n'ai pas à m'occuper du traitement.

Ce n'est point assez de vider la vessie. Il convient encore, à mesure qu'on réussit à diminuer l'influence de l'urine, de chercher à ranimer la contractilité de l'organe par des applications locales. Malheureusement, on n'y parvient pas toujours, à beaucoup près. J'ai soigné un officier supérieur de la marine atteint d'une maladie de la moelle épinière, contre laquelle toutes les ressources de l'art avaient été inutilement épuisées. L'urèthre était fort irritable, et la vessie ne se vidait que partiellement. Je parvins à diminuer l'irritabilité du canal, et à mettre le malade à même de se sonder chaque fois qu'il en éprouvait le besoin; mais ni les injections, ni les douches, non plus que les vésicatoires, les cautères, les moxas, etc., ne purent rétablir complétement la contractilité de la vessie. Les injections n'eurent d'autre effet que de prévenir un catarrhe vésical qui paraissait imminent; sous leur influence, l'urine déjà altérée reprit bientôt ses qualités normales. J'ai revu cet officier au retour des eaux, où il avait passé plusieurs mois; son état était le même.

Dans les cas moins graves et moins négligés, qui sont heureusement les plus nombreux, on obtient souvent une amélioration qui se soutient; cependant il ne faut pas perdre les malades de vue.

Beaucoup de personnes, à la suite d'une attaque d'apoplexie,

éprouvent les symptômes de la paralysie d'une ou plusieurs parties du corps. Quelquefois, la vessie et le canal intestinal participent à cette paralysie, et les fonctions des deux organes languissent, s'exécutent avec difficulté, ou sont suspendues. Dans ce dernier cas, la cessation complète de l'écoulement de l'urine et de l'expulsion des matières fécales avertit le chirurgien, et pour peu qu'il soit attentif et expérimenté, il prévient les désordres qu'entraîneraient la constipation et le séjour trop prolongé de l'urine dans son réservoir. Mais les symptômes ne sont pas toujours aussi tranchés; d'ailleurs les difficultés de la pratique sont telles que, même en présence de ces deux signes, on est exposé à commettre des méprises, ou, si l'on y échappe, à rencontrer, de la part de confrères prévenus ou aveugles, une sorte d'opposition à remplir les indications les plus patentes. Je pourrais citer à cet égard des faits qui me sont personnels; mais, par des motifs qu'on appréciera sans peine, j'aime mieux emprunter les suivants aux auteurs.

Un jeune homme fit, sur les lombes, une chute de laquelle résultèrent, pendant six mois, des douleurs atroces, avec impossibilité de marcher. Le malade tomba ensuite dans une sorte d'état cataleptique, quoiqu'il ne perdît pas l'usage de ses sens; l'urine et les matières fécales sortaient à son insu, et le ventre prit un accroissement considérable, qui fut attribué à une ascite. Mais Frank, que l'on consulta, soupçonna une distension de la vessie, et effectivement il retira six kilogrammes d'urine par la sonde. Cependant le sujet ne tarda pas à succomber : il avait une carie des vertèbres lombaires, un épanchement dans le canal rachidien, une altération de la moelle épinière; la vessie contenait une grande quantité d'urine.

Un homme de cinquante ans était privé de connaissance et paralysé depuis quatre jours. On lui avait administré douze grains d'émétique et des lavements très stimulants, mais sans provoquer ni évacuations alvines, ni écoulement urinaire. Au bout de quelque temps, on s'aperçut que son linge était mouillé; cependant on ne songea même pas à la possibilité d'une accumulation d'urine dans la vessie, quoique ce viscère formât tumeur au bas de l'abdomen, qu'on sentît la fluctuation du liquide, et qu'une simple pression sur l'hypogastre le fît couler.

Chopart eut beaucoup de peine à faire comprendre la nécessité du cathétérisme, et comme, pendant qu'il était allé chercher une sonde, le malade rendit un peu d'urine, on douta plus que jamais de l'opportunité de l'opération. Cependant on finit par se rendre à l'insistance de Chopart, qui retira un litre environ d'urine. La même chose lui arriva plus tard chez une femme presque septuagénaire, de la vessie de laquelle il fit sortir deux litres de liquide rougeâtre et ammoniacal, bien qu'on s'obstinât à lui soutenir qu'une tumeur considérable, proéminente, qui existait au-dessus des pubis, ne dépendait pas de la vessie distendue.

Les méprises deviennent plus communes encore quand la vessie et le canal intestinal sont faiblement atteints et conservent un certain degré de puissance expulsive. Pour quiconque se borne à un examen superficiel, il est d'autant plus difficile de reconnaître le véritable état des choses, que la plupart des malades témoignent de la répugnance pour les explorations locales, et que la crainte qui les domine les excite à faire un récit inexact de leurs souffrances, ou à en accuser des causes gratuites. D'un autre côté, lorsque le mal a fait assez de progrès pour qu'il ne reste plus de doute, on a beaucoup de peine à l'arrêter et à prévenir les graves désordres qui en sont la conséquence. Il en est ici comme dans les cas de fièvres graves et les accouchements laborieux : l'accumulation et la stagnation prolongée de l'urine dans son réservoir, exercent une grande influence sur l'état du malade, bien que les phénomènes morbides spéciaux aient des caractères peu tranchés. Je me suis assuré du fait dans une multitude de circonstances où j'ai été appelé. Dès que la vessie a été débarrassée de l'urine noire et fétide qu'elle contenait, sans qu'on s'en doutât, puis nettoyée par des injections détersives, un changement notable s'est assez souvent opéré dans l'état général des malades. La paralysie de la vessie résultant de la congestion cérébrale ou de l'apoplexie mérite une attention spéciale. Entre autres cas de cette catégorie, je citerai les suivants, tirés de ma pratique :

Un cocher, habitué à la boisson, éprouva une attaque d'apoplexie dont il guérit ; mais, à dater de ce moment, les difficultés d'uriner furent continuelles. Il n'y eut d'abord qu'une simple

gêne, une sensation d'embarras, de pesanteur; puis bientôt survint la rétention d'urine, pour laquelle seule je fus appelé. Le malade ne s'était point inquiété des incommodités précédentes, qu'il regardait comme des suites inévitables de l'apoplexie. Déjà plusieurs confrères avaient essayé de le sonder, mais sans y parvenir : je fus plus heureux. Les difficultés provenaient d'une déviation de l'urèthre en haut, produite par la tuméfaction de la prostate. L'engorgement de cette glande et la faiblesse de la vessie étaient les deux causes principales de la stagnation et de la rétention de l'urine. Le malade fut traité avec succès par les sondes à demeure, les injections, et les autres moyens dont j'ai donné les détails. Les fonctions de la vessie revinrent à peu près à l'état normal. En ne tenant pas compte de ce qui avait précédé, on aurait été induit à considérer la rétention d'urine comme un effet de la lésion prostatique, et à croire celle-ci beaucoup plus grave qu'elle ne l'était réellement : or, cette première méprise en aurait nécessairement entraîné d'autres, si l'on avait dirigé la suite du traitement d'après les mêmes vues.

Chez un des généraux de notre ancienne armée, auprès duquel j'ai été appelé, une rétention d'urine était également survenue à la suite d'une légère apoplexie. Cette rétention n'était qu'un accident amené par la congestion cérébrale ; mais il existait déjà auparavant une atonie de la vessie, à laquelle on n'avait point fait attention, et qui était liée elle-même à une tuméfaction commençante de la prostate. Lorsque j'interrogeai le malade sur la manière dont il rendait l'urine depuis quelques années, je pus me convaincre que, longtemps avant l'apoplexie, la vessie se vidait lentement et incomplétement.

Il importe d'autant plus de régulariser l'émission de l'urine chez les sujets prédisposés à l'apoplexie, ou qui en ont déjà été atteints, qu'on écarte une des causes de la congestion cérébrale, ou de son renouvellement, car les efforts nécessaires pour vider une vessie paresseuse ont certainement une grande influence à cet égard.

A la suite des congestions cérébrales, la rétention d'urine n'est pas toujours si intimement liée aux altérations laissées par ces affections, dans le système nerveux, qu'à moins d'un examen minutieux, on doive l'y rapporter d'une manière exclusive. Assez

souvent elle tient, même dans ces circonstances, à un progrès incessant et bien marqué de l'atonie de la vessie. J'ai vu plusieurs de ces cas, de l'un desquels je donnerai un court aperçu.

Un homme de quarante ans, bien constitué, se livrant parfois à des écarts de régime, et qui avait contracté la syphilis durant sa jeunesse, éprouva, vers l'âge adulte, des besoins fréquents d'uriner, avec lenteur et difficulté pour les satisfaire. Cet état fut négligé. Trois années après, survint une légère attaque d'apoplexie, caractérisée par l'embarras de la langue et une faiblesse extrême du côté droit. Les accidents se dissipèrent en quelques mois; mais la paresse de la vessie et les difficultés d'uriner augmentèrent; l'urine était tantôt bourbeuse, tantôt brune, avec toutes les nuances de dépôts susceptibles de se présenter en pareil cas. Il y avait de plus atonie des intestins, spécialement du rectum. Les efforts auxquels se livrait le malade contribuaient à le tenir dans un état de congestion cérébrale, qui réagissait sur l'atonie de la vessie et du tube digestif. Des lavements, purgatifs d'abord, puis seulement froids, l'introduction répétée de la sonde et des injections froides, améliorèrent notablement l'état local et général, et la contractilité vésicale ne tarda pas à revenir au degré normal.

Lorsque la vessie a déjà souffert, par suite d'obstacles au cours de l'urine, résultant d'un rétrécissement ou de toute autre cause, et qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle à laquelle cet obstacle a été détruit, il survient une affection générale grave, l'organe est encore plus susceptible de passer à un état qui se rapproche plus ou moins de la paralysie. J'ai soigné, il y a peu de temps, un ancien membre de la Chambre des pairs, septuagénaire, qui éprouvait depuis quelques années des difficultés d'uriner, dont on avait méconnu la cause. Je m'assurai qu'elles tenaient à un léger rétrécissement de l'urèthre, et surtout à la paresse de la vessie. Ces deux états furent combattus, et les accidents cessèrent. Une année plus tard environ, survint une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle reparurent les difficultés d'uriner, qui persistèrent cette fois jusqu'au dernier moment. A la vérité, le délabrement de la santé générale était tel qu'on ne pouvait guère songer à un traitement spécial pour la maladie des

voies urinaires. Je me contentai donc de vider la vessie au moyen de la sonde. La mort se fit peu attendre.

Toute autre cause agissant sur l'origine ou le trajet des nerfs qui se distribuent à la vessie, de manière à les comprimer, à empêcher leurs fonctions, produirait des effets analogues à ceux de l'apoplexie.

Ces troubles ont été observés encore à la suite d'atteinte générale portée au système nerveux. Un malade, qui avait été débarrassé de pierre quelque temps auparavant, et qui venait d'être asphyxié par la vapeur du charbon, se présenta dans le service des calculeux. Des secours administrés en temps utile l'avaient rappelé à la vie, mais il conserva une paralysie complète de la vessie, pour laquelle il revenait dans mon service. Une sonde fut placée à demeure pendant huit jours, après quoi on commença l'usage des injections froides, secondées par des frictions toniques et par des purgatifs répétés tous les trois jours. Ces moyens suffirent pour rétablir la contractilité vésicale.

Dans les cas que nous venons d'étudier, il peut se présenter une particularité qu'on ne doit pas perdre de vue, car elle influe puissamment sur la production des troubles fonctionnels de la vessie et sur l'application des moyens curatifs. Je veux parler d'un état de contraction spasmodique, soit de l'urèthre, soit du col vésical, coïncidant avec l'atonie ou la paralysie du corps du viscère. Cette disposition, que j'ai déjà fait connaître exige qu'on use de grandes précautions dans l'introduction des sondes. Il en est de même du tiraillement, des distensions forcées, des meurtrissures produits dans l'urèthre et au col de la vessie par l'emploi des manœuvres irrégulières de la lithotritie, des redresseurs de la prostate, des dilatateurs mécaniques de l'urèthre. A la suite de ces procédés dont j'ai déjà signalé les vices, l'urèthre et le col vésical conservent parfois une rigidité et une contractilité qui apportent de grands obstacles au passage de l'urine, et rendent souvent insuffisant les moyens employés contre l'atonie de la vessie.

ART. II. — DE LA RÉTENTION D'URINE.

Trop souvent on a confondu la rétention d'urine avec la stagnation et même avec la suppression de ce liquide, qui sont la con-

séquence de lésions essentiellement différentes. La rétention d'urine elle-même est un symptôme, un effet que divers états morbides, de l'appareil urinaire spécialement, peuvent produire. Elle varie suivant le lieu où le liquide est arrêté, et la nature de l'obstacle qui s'oppose à son expulsion. Elle constitue un genre fort étendu ; quelques nosologistes n'en comptent pas moins de cinquante-neuf espèces ; celles qu'on désigne sous les noms d'ischurie rénale, urétérique, uréthrale, préputiale, etc., offrent moins d'intérêt au praticien. Quand elles sont isolées, distinctes, ce qui est rare, elles constituent, les unes des affections trop souvent méconnues ou au-dessus des ressources de l'art, et les autres, des maladies sans gravité, auxquelles on remédie facilement. Dans les cas où elles existent en même temps que l'ischurie vésicale, leurs symptômes, leur marche, leur traitement, sont presque toujours dominés par ceux de cette dernière.

Les praticiens se sont beaucoup occupés de la rétention d'urine dans la vessie, parce qu'elle est très commune, qu'elle se présente fréquemment accompagnée de symptômes effrayants, qu'elle peut entraîner les désordres les plus graves, et même être suivie d'une mort rapide. Mais l'habitude de la considérer comme une maladie pour ainsi dire essentielle a singulièrement compliqué son histoire. Dans des ouvrages, justement estimés d'ailleurs, on trouve sur elle les opinions les plus hasardées, les plus excentriques, les plus opposées à ce que la pratique nous présente. D'un autre côté, le nom de rétention d'urine ne semble avoir été inscrit en tête de plusieurs écrits spéciaux que pour frapper les esprits vulgaires; car le danger est ce que le commun des hommes aperçoit d'abord, la seule chose qui fixe son attention. Un malade qui éprouve des besoins d'uriner, sans pouvoir les satisfaire, ne s'attache qu'à la rétention d'urine, parce que c'est d'elle que dépendent immédiatement ses souffrances. Trop de médecins eux-mêmes n'ont pas porté leurs regards plus loin; ils ont considéré le symptôme comme la maladie principale, dont ensuite ils ont multiplié à l'infini les espèces. Mais cette méthode n'a pas seulement le défaut de répugner à la logique, puisque c'est de la cause à l'effet et non de l'effet à la cause quil faut procéder en thérapeutique : elle a fait

encore qu'on s'est exagéré souvent l'importance de la rétention d'urine.

Dans l'étiologie de cette affection, l'on a groupé ou même confondu des états fort différents, tels que les vices de conformation de la vessie, ses déplacements, ses fongus, ses cancers, les abcès de ses parois, sa paralysie, les déviations de l'urèthre, les coarctations simplement spasmodiques de ce canal, ses rétrécissements organiques, et toutes les tumeurs, prostatiques ou autres, qui, en comprimant le canal et le col de la vessie, en les déformant, peuvent mettre obstacle à la sortie de l'urine. Pour reconnaître la vérité de ce que j'avance, il suffit de parcourir le paragraphe de la rétention d'urine dans le traité de Chopart, qui est encore peut-être le plus complet que nous possédions sur les maladies des voies urinaires : on y verra figurer la plupart des affections dont l'homme peut être atteint.

Mon projet n'est pas de tracer ici le tableau de tous les modes de rétention d'urine que le praticien peut rencontrer ; il me faudrait pour cela tomber dans le défaut que je blâme chez mes prédécesseurs, et répéter ce que j'ai dit dans les chapitres précédents, en traitant de chacune des lésions qui sont capables de produire ce résultat. Je me bornerai donc à l'histoire de la rétention qu'on rencontre le plus communément, celle qui survient dans le cas de rétrécissement considérable ou d'occlusion plus ou moins complète de l'urèthre et du col vésical. C'est en effet cette forme de la maladie qu'il importe d'étudier, à raison de sa fréquence et de sa gravité. Je n'ai fait que l'indiquer jusqu'ici, me réservant d'en faire l'objet spécial de cet article.

§ 1. — Symptômes et marche de la rétention d'urine, dans les cas d'angustie de l'urèthre ou de déformation du col de la vessie.

Outre les symptômes spéciaux des rétrécissements organiques de l'urèthre dont j'ai fait l'exposé, dans le premier volume de ce traité, les malades atteints de ces lésions éprouvent encore, en ce qui concerne l'excrétion de l'urine, une série d'accidents qui doivent fixer leur attention et celle du praticien.

Un des premiers phénomènes qui se manifestent, et dont le malade tient rarement compte, c'est la diminution de volume et

le changement de forme du jet de l'urine. Le liquide ne paraît pas sur-le-champ, il coule avec lenteur par un jet affaibli, tournoyant, bifurqué, éparpillé ; le malade est même obligé de pousser pour le faire sortir ; les besoins sont plus rapprochés, et le malade met beaucoup plus de temps pour les satisfaire. Ces phénomènes ont lieu alors même que la vessie possède une énergie suffisante pour lancer l'urine à une certaine distance, si les voies étaient libres. Ce qui distingue l'état dont je traite actuellement de ceux dont j'ai parlé plus haut, et dans lesquels la vessie n'agit pas suffisamment, c'est qu'ici l'urine est poussée avec force.

A un degré plus avancé, l'urine, malgré les plus grands efforts, tombe plutôt qu'elle n'est lancée jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de jet, et qu'elle ne sorte que goutte à goutte. Le malade alors, non-seulement est averti, mais encore se préoccupe de son état, avec d'autant plus de raison qu'il est douloureux, pénible, et que des accidents graves sont imminents.

Je dois rappeler sommairement ici, pour l'intelligence des phénomènes observés chez les sujets atteints de rétention d'urine, les changements qui peuvent s'opérer dans la structure des parois de la vessie, sous l'influence des obstacles à la miction, et dont il a été question dans le chapitre précédent. J'attache d'autant plus d'importance à l'étude de ces particularités qu'elles ont échappé à beaucoup d'observateurs, et que, s'il n'en tient compte, le praticien peut commettre pendant le traitement, des erreurs préjudiciables au résultat.

A mesure que l'urine arrive et s'accumule dans la vessie, tantôt ce réservoir cède pour ainsi dire sans résistance; ses parois s'écartent autant que le permet la longueur de leurs fibres, elles s'affaiblissent, et bientôt le viscère se trouve dans un état permanent de distension. L'urine coule ensuite, comme on dit, par regorgement; il n'y a que le trop-plein qui sorte, et l'évacuation s'opère, jusqu'à un certain point, sans la participation active de la vessie, par l'action seule des muscles abdominaux.

Cet état ne saurait demeurer longtemps stationnaire. Tantôt la dysurie, qui va toujours en augmentant, force le malade de réclamer les secours de l'art, avant que l'obstacle matériel au cours du liquide soit devenu très considérable, ainsi qu'il arrive

dans les cas que j'ai examinés, en traitant de la stagnation de l'urine compliquée de rétrécissement uréthral, de fongus au col de la vessie ou d'engorgement prostatique. A raison de la faiblesse de l'action expulsive de la vessie, un obstacle peu considérable peut suffire pour arrêter la sortie du liquide. C'est ce qui fait que, fort souvent, la lésion organique a moins de gravité qu'on ne serait tenté de lui en attribuer, et que, contrairement à ce que la gravité des symptômes semblait indiquer, on parvient sans beaucoup de peine à la détruire.

Tantôt, au contraire, les parois de la vessie réagissant contre l'obstacle, se contractent de plus en plus, et acquièrent un développement progressif. Au bout d'un certain laps de temps, le viscère déploie une grande énergie, même sans que le malade en ait conscience. Cette puissance contractile augmente presque toujours en proportion de l'obstacle qui s'oppose à la sortie de l'urine, ce qui explique le volume considérable qu'acquièrent, en pareil cas, les fibres musculaires du corps de la vessie. Or, l'urine chassée avec une telle force, forme, pendant quelque temps, un jet assez volumineux pour écarter toute idée de rétrécissement. On observe ici le contraire de ce qui a lieu dans la série précédente. Les difficultés d'uriner n'étant pas proportionnées à l'état morbide de l'urèthre et du col vésical, le malade peut passer plusieurs années dans une fausse sécurité, entretenue d'ailleurs par l'aversion que lui inspire un traitement dont il cherche à éloigner jusqu'à la pensée.

Ainsi, d'une part, la maladie présente des phénomènes insidieux, et, de l'autre, le malade aime à se faire illusion. De là naissent des effets auxquels on ne saurait se montrer trop attentifs, d'autant plus que les lésions sont déjà fort avancées lorsque le sujet se décide enfin à invoquer les secours de l'art.

Cependant une époque arrive où les contractions vésicales, quelque force qu'elles aient acquise, ne suffisent plus pour faire passer l'urine à travers un rétrécissement dont l'étroitesse va toujours croissant. Le moindre excès de table ou de coït, le séjour prolongé au lit, un voyage en voiture, la plus légère surexcitation locale ou générale, mettent le malade dans la nécessité de faire des efforts répétés, pour rendre quelques gouttes d'urine âcre et brûlante. Les efforts résultant de la contraction

simultanée des parois abdominales et de la vessie, déterminent enfin un jet, mais vacillant, faible, aplati, bifurqué, tournoyant et faisant le tire-bouchon. Dès que le malade cesse de pousser, le liquide ne coule plus que goutte à goutte, entre les jambes, sur les genoux et la chaussure. A la fin, tout écoulement s'arrête, quoique le besoin persiste. Dans aucun cas, l'urine n'est expulsée en totalité; souvent même, il n'en sort que fort peu, et c'est là ce qui rend raison du rapprochement des besoins.

Sous l'influence des bains, des lavements, des applications émollientes, des saignées locales, d'un régime sévère, cet état s'améliore et les symptômes se calment souvent; le cours de l'urine se rétablit, faiblement il est vrai, mais du moins le malade peut-il satisfaire les besoins qu'il éprouve.

Un nouvel écart de régime, toute irritation instantanée quelconque, fût elle même légère, fait reparaître les difficultés d'uriner, ou, si elles n'avaient pas cessé, les exaspère, et le malade arrive enfin à se convaincre que sa position est critique. Quelquefois un écoulement urétbral paraît à chaque infraction au régime, ou par toute autre cause. Pendant la nuit, les besoins d'uriner sont tellement rapprochés qu'ils lui ravissent tout sommeil : à peine peut-il rester couché quelques instants : dix, quinze et vingt fois, il est obligé de se lever pour ne rendre que des gouttes. La verge se gonfle, le ventre grossit, le visage s'empourpre. A une sensation de prurit incommode, le long du trajet de l'urèthre, succède une sorte d'ardeur, de cuisson persistante, douloureuse, retentissant surtout à l'extrémité de la verge, et s'accompagnant de gêne, d'embarras, de pesanteur au périnée, de douleurs aux régions lombaire et sacrée. Le repos, la diète, les adoucissants soulagent encore, et, à quelques heures d'une crise pénible succède assez souvent une certaine facilité d'uriner. Le malade peut même obtenir un calme assez long ; mais chaque retour des accidents le laisse plus inquiet, plus souffrant et plus soucieux qu'auparavant. Peut-être n'est-il pas de position plus pénible, ni de scène plus déchirante que celle qu'on voit en pareil cas. A chaque instant, les besoins se renouvellent, et les efforts pour les satisfaire redoublent de longueur et d'énergie; la face se colore et devient vultueuse ; les yeux s'injectent et larmoient, le corps se couvre d'une sueur ordinairement fort abondante et exhalant

une odeur forte; le ventre est tendu, rénitent, douloureux au toucher; la tumeur formée par la vessie s'élève progressivement, arrondie, ovoïde ou pyriforme, à moins qu'un vice de conformation ou une disposition morbide acquise ne lui fasse prendre quelque autre forme. Par le fait de la pression des autres viscères abdominaux, et même sans cause appréciable, cette tumeur s'incline quelquefois d'un côté ou de l'autre; les matières fécales sont expulsées involontairement; les efforts amènent la procidence du rectum, produisent des hernies, quelquefois considérables, et déterminent même l'œdématie des extrémités inférieures; le malade ne peut se contenir; le désespoir s'empare de lui, et parfois il se roule à terre, comme un furieux; la respiration devient pénible, accélérée, la fièvre s'allume, des mouvements convulsifs se manifestent, et avec eux le délire ou l'état comateux.

Dans cette série de symptômes de plus en plus graves et alarmants, le malade conserve rarement la faculté de recueillir et de transmettre ses sensations. Cependant, il rapporte d'abord ses souffrances à la verge, au périnée, au rectum, au pubis; puis les douleurs se propagent aux lombes, au sacrum, à la partie interne des cuisses, ou plutôt l'économie entière se trouve en proie à un état général d'angoisse. On a vu des douleurs ostéocopes et des éruptions cutanées survenir alors : plus d'une fois j'ai observé des taches à la peau, et des douleurs dans des parties fort éloignées du siége des désordres.

Un tel état ne saurait durer longtemps. Tantôt le malade succombe au milieu des convulsions; tantôt, la vessie venant à se rompre, l'urine s'épanche, soit dans la cavité abdominale, et la mort est généralement prompte; soit dans le tissu cellulaire, circonstances dans lesquelles le résultat, quoique plus lent, n'est guère moins sûrement funeste. Dans le premier cas, au lieu d'offrir une tumeur dure et élevée, le ventre devient plus mou, mais plus uniformément gonflé, et les symptômes de la péritonite ne tardent pas à éclater. S.-B. Brodie rapporte l'observation d'un malade de l'hôpital Saint-Georges, qui s'écria, en mourant, que la vessie s'était rompue dans le ventre; fait dont l'exactitude fut constatée par l'autopsie (1). Quelques-uns de ces malheureux,

(1) [illegible] *sur les maladies des organes urinaires, traduction française*, Paris, 1843, p. 33.

privés de secours, cherchent à se soulager eux-mêmes. Il s'en est présenté un à moi, il y a quelque temps, avec une large fausse route qu'il s'était faite au moyen d'un instrument piquant. Fodéré dit avoir vu à l'Hôtel-Dieu, un homme qui s'enfonça dans la vessie, par l'hypogastre, un couteau étroit et pointu. Le viscère fut ouvert, l'urine jaillit, et la plaie se cicatrisa.

Quelquefois le malade, épuisé par les souffrances et la fatigue, tombe dans une sorte d'anéantissement : il se plaint de ce que les forces lui manquent, et parvient même à s'endormir. La vessie cesse de se contracter, le besoin de pousser ne se fait plus sentir, et l'on voit survenir les particularités que j'ai fait connaître en traitant de la stagnation de l'urine, dans les cas d'hypertrophie de la vessie. Si les sueurs persistent, elles sont froides. La langue, auparavant sèche et brûlante, se couvre d'un épais enduit blanchâtre, et souvent un goût d'urine se fait sentir dans la bouche. Là commence l'état d'inertie ou de paralysie consécutives de la vessie, par suite duquel les phénomènes prennent un tout autre aspect et se transforment en ceux d'une sorte d'incontinence d'urine.

Le changement qui s'opère alors dans la marche de la maladie, a fait penser que les grands efforts auxquels s'abandonnent les malades et la contraction prolongée, soit de la vessie, soit des muscles abdominaux, sont plus nuisibles qu'utiles, en ce qu'ils amènent la stase du sang dans les organes génito-urinaires, et augmentent par là l'obstacle à la sortie de l'urine. Mais il est une autre circonstance à laquelle on peut très rationnellement attribuer l'écoulement continuel du liquide et l'amélioration, au moins apparente, qui se manifeste : c'est la cessation de l'état spasmodique du col de la vessie, et la détente du rétrécissement uréthral. La contraction s'étant dissipée, il ne reste plus que la lésion organique, telle qu'on la voit après la mort. Or, j'ai démontré que, dans la majorité des cas, le rétrécissement est moins serré que ne l'avaient fait croire la petitesse du jet de l'urine et la difficulté d'introduire une sonde ou une bougie. Il y a donc nécessité d'établir ici une distinction entre l'effet pour ainsi dire vital et l'effet purement organique. L'importance de cette distinction se fera surtout sentir lorsqu'il sera question d'apprécier les moyens curatifs.

§ 2. — Diagnostic.

Rien ne semble plus facile au premier abord que d'établir le diagnostic de la rétention d'urine. Cependant il se présente quelquefois des cas dans lesquels les phénomènes morbides ont un caractère d'anomalie qui peut induire en erreur, et faire commettre de graves méprises. J'en ai cité un exemple curieux en traitant des cellules vésicales. Plus d'un malade a été traité pour des coarctations uréthrales qui n'existaient pas. Chez d'autres, on méconnaît la maladie, à la vérité quand elle est encore peu avancée. On a vu, entres autres cas de ce genre, prendre la rétention d'urine pour une suppression, surtout chez des sujets dont la vessie était peu ou point extensible; car il n'est pas rare alors de rencontrer tous les phénomènes, et même tous les accidents qui la signalent, bien que le réservoir de l'urine ne contienne que quelques cuillerées de liquide. Dans les cas de raccornissement de la vessie, il peut y avoir rétention, même à un haut degré, sans que cet organe forme dans la cavité abdominale la tumeur que l'on y observe le plus ordinairement. La vessie peut même ne pas s'élever au-dessus de l'excavation pelvienne. Les explorations par le rectum et l'hypogastre deviennent alors presque inutiles, et l'emploi de la sonde, qui seule pourrait lever tous les doutes, est semé de difficultés. La marche à suivre, en ce qui concerne le diagnostic, n'est donc pas tracée d'une manière tellement nette et précise qu'il n'y ait jamais possibilité de rester dans l'incertitude. Le cas est rare néanmoins, et avec de l'attention, on finit généralement par bien fixer ses idées sur la nature de la maladie. On ne perdra pas de vue que des états morbides essentiellement différents peuvent la produire; on doit surtout s'attacher à les distinguer, et à déterminer leur mode d'action. Ici de nombreuses difficultés se présentent, et l'on voit tous les jours des praticiens expérimentés ne pas les surmonter complétement.

En général, la recherche des circonstances commémoratives, l'examen de l'état actuel du malade, l'étude de la marche des accidents, et l'appréciation de leur intensité, suffisent pour faire présumer s'il s'agit d'un engorgement de la prostate, d'un défaut d'équilibre entre les forces du col et celles du corps, d'un rétré-

cissement du canal, d'une cystite, d'un calcul dans la vessie ou dans l'urèthre, d'une maladie du rectum et des tissus voisins, ou d'une altération organique dont le col ou le corps de la vessie pourraient être le siége. Dans les cas douteux, il faut redoubler d'attention, car la plupart des malades ne fournissent guère que des renseignements vagues sur les événements antérieurs à celui pour lequel ils consultent. On ne saurait donc apporter trop de soin à les interroger, ainsi que les personnes qui les entourent : il faut les mettre sur la voie, et leur adresser des questions ayant un rapport direct à la maladie que l'on se croit en droit de soupçonner ; car, lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes, ils s'attachent souvent aux plus insignifiantes minuties, effleurant à peine les traits d'où la lumière pourrait jaillir.

Les explorations locales, soit avec la bougie, soit avec la sonde, sont le moyen sur lequel on doit compter le plus. Elles seules peuvent donner une connaissance exacte de l'état des organes.

Il est des cas néanmoins dans lesquels elles ne fournissent pas toutes les données qu'on en attendait ; quelquefois même elles deviennent d'une application fort difficile, sinon impossible, à raison de l'état nerveux de l'urèthre, ou par suite de rétrécissements organiques considérables de ce canal. Mais, dans ces cas, l'existence d'un premier état morbide étant constatée, on peut lui attribuer la rétention d'urine, et bien que rien ne démontre que cet état soit la seule ni même qu'il soit la plus puissante cause des accidents, c'est toujours un point de départ précieux pour le praticien.

Nous avons vu que les explorations par le rectum et par l'hypogastre sont parfois insuffisantes et qu'elles peuvent même induire en erreur. On ne saurait trop le redire, ces cas obscurs, compliqués, qui se présentent malheureusement encore trop souvent, placent le praticien dans une cruelle incertitude.

La méthode de défalcation reparaît ici avec tous ses avantages. Elle est d'autant plus utile que, plusieurs états morbides divers pouvant être la source des effets qu'on observe, la preuve acquise que tel ou tel d'entre eux ne saurait exister, conduit à cette conclusion que tel ou tel autre doit être plus particulièrement accusé.

§ 3. — Traitement.

La connaissance exacte de la nature et de la cause de la maladie, de son développement, de ses complications, est, ainsi qu'il résulte de ce qui précède, de la plus haute importance pour le traitement. Si le praticien n'était pas fixé à cet égard, il courrait le risque de perdre un temps précieux en essais de médications, au moins inutiles, sinon même nuisibles, comme les émissions sanguines, les purgatifs, les bains, les topiques, etc. Qu'attendre, en effet, de ces moyens, si souvent mis en usage pourtant, lorsque la seule indication est de recourir à la sonde, et que les circonstances permettent de pratiquer le cathétérisme sans difficulté? De même aussi, on n'ira pas ajouter aux tourments du malade par des tentatives inutiles et souvent mal dirigées de cathétérisme, lorsque les moyens les plus simples et les plus doux suffisent pour faciliter la sortie de l'urine, et rendre les parties accessibles aux instruments qui rétablissent l'urèthre dans son état normal. Ici, plus encore que dans toute autre circonstance, il importe de bien se rappeler que le désir de soulager promptement des souffrances aiguës ne doit jamais faire fermer les yeux sur les conséquences probables, ou même seulement possibles, d'un procédé expéditif, mais non en harmonie avec l'état des organes ou l'aptitude du chirurgien.

Un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les moyens curatifs, eu égard à la vessie, ont, dans le cas de rétention d'urine, une action plus directe et plus certaine que dans les affections que nous avons examinées précédemment, telles que celles où l'action vésicale est enrayée, pervertie, ou considérablement affaiblie, sinon éteinte. Dans ces dernières circonstances, après avoir vidé la vessie, l'art doit intervenir encore pour rétablir sa contractilité, et c'est même là la partie essentielle du traitement. Ici, au contraire, le réservoir de l'urine est en possession de toute sa puissance, et le but principal du traitement est d'écarter les obstacles à l'accomplissement de sa fonction. Mais l'application des moyens varie suivant les dispositions organiques, et souvent la difficulté de les distinguer est extrême. Afin d'exposer avec plus de clarté la conduite à tenir dans chacune d'elles, je

crois nécessaire de passer en revue les différents états qui peuvent se présenter comme cause de la rétention d'urine.

1° *Rétrécissements organiques de l'urèthre.*

Lorsque la rétention d'urine tient à un ou plusieurs rétrécissements de l'urèthre, le cas peut devenir fort grave, non-seulement à raison de l'incertitude que le diagnostic peut présenter, mais encore par les difficultés de la thérapeutique. En pratiquant le cathétérisme, on rencontre de grandes difficultés, souvent inexplicables, bizarres, mais bien réelles néanmoins, et tous les praticiens s'accordent pour avertir que les manœuvres peuvent aggraver l'état du malade, provoquer même les accidents les plus alarmants. D'un autre côté cependant, il y a urgence de faire cesser la rétention qui accompagne la lésion organique et en accroît le danger; car il ne faut jamais perdre de vue qu'une vessie trop distendue est exposée aux plus sérieux désordres, qu'elle peut même se rompre, et que d'ailleurs les efforts continuels du malade paralysent jusqu'à un certain point l'action des antiphlogistiques.

Aussi les opinions sont-elles partagées sur la question de savoir ce qu'il faut faire en pareil cas. Peut-être même y a-t-il impossibilité de fixer aucune règle absolue, puisque la conduite du chirurgien doit nécessairement varier à raison des circonstances et de sa propre dextérité. En effet, un praticien exercé au cathétérisme n'hésitera point à sonder, tandis que celui qui n'a pas la même habilité se montrera prudent en ne courant qu'à la dernière extrémité les chances hasardeuses d'une opération qui peut devenir funeste, quand elle ne réussit pas sur-le-champ.

D'ailleurs, l'expérience prouve que la temporisation et les moyens judicieusement combinés de la médecine peuvent être couronnés d'un plein succès, et que s'ils ne dispensent pas de recourir à la sonde, du moins ils en rendent l'introduction plus facile, moins douloureuse et inoffensive. Les moyens de ce genre les plus actifs sont ceux qu'on doit alors mettre immédiatement en usage. Les émissions sanguines se placent au premier rang; les sangsues méritent la préférence sur la phlébotomie, à moins qu'il n'y ait urgence d'opérer une prompte déplétion des vais-

seaux. Les bains prolongés, entiers ou de siége, les affusions d'eau chaude sur le scrotum, le périnée et les cuisses, les applications émollientes, les lavements, simples ou opiacés, sont utiles, et l'on doit se hâter d'y recourir. Comme à la cessation des efforts succède, dans beaucoup de cas, un écoulement, même assez facile, de quelques gouttes d'urine, on a tenté de produire cet affaissement par les narcotiques à hautes doses; les purgatifs drastiques, les vomitifs ont été aussi conseillés dans le même but. Je n'ai pas eu l'occasion d'en faire usage.

Cette méthode, employée avec énergie, diminue de beaucoup le nombre des cas dans lesquel il faut recourir tout d'abord à la périlleuse ressource du cathétérisme évacuatif. Cependant elle échoue quelquefois, et il faut alors se résoudre à pratiquer l'opération. C'est la grosseur du jet de l'urine avant l'attaque de rétention qui indique le choix des instruments. En général, on est obligé de les prendre très petits, ce qui exclut souvent l'usage des sondes flexibles. Du reste, la conduite à tenir pour les introduire est exactement celle que j'ai fait connaître, en décrivant la méthode de guérir les rétrécissements organiques de l'urèthre par la dilatation permanente. Mais je répéterai encore qu'il m'est fréquemment arrivé de soustraire le malade à cette espèce de cathétérisme forcé, bien différent sans doute de l'ancien, mais toujours douloureux et fatigant, en combinant le traitement médical dont je viens d'exposer les bases, avec l'introduction de très petites bougies, qui, presque toujours, s'engagent assez, non pour opérer une dilatation immédiate, mais pour faire cesser la principale cause des accidents, le spasme de la portion rétrécie du canal. Que la retention plus ou moins complète et prolongée de l'urine dépende d'un état spasmodique de l'urèthre ou du col vésical, de l'induration des parois uréthrales ou d'un rétrécissement organique, le traitement est conforme à ce que j'ai dit dans les deux premiers volumes de ce traité, auxquels je suis obligé de renvoyer pour les détails, afin d'éviter des répétions. Un simple résumé aurait l'inconvénient de laisser de côté des développements dont la théorie fait bon marché, mais qui sont indispensables aux praticiens.

2° *États spasmodiques de l'urèthre et du col vésical.*

Dans les volumes précédents, je me suis longuement occupé de ces états; il me suffit de présenter ici, à leur sujet, de courtes remarques. Après un excès de table, suivi du coït avec une femme saine, un homme robuste, âgé de vingt-six ans, éprouva des douleurs vives au col de la vessie, avec difficultés progressives d'uriner. On employa sans succès des sangsues en grand nombre, des boissons abondantes, des bains prolongés, des applications émollientes. Au sixième jour, la rétention d'urine était complète, avec douleurs intolérables et symptômes généraux extrêmement graves. Je fus appelé, et sur-le-champ je procédai au cathétérisme, qui était urgent : la sonde causa de vives douleurs en traversant l'urèthre et surtout le col vésical : elle fit sortir un litre et demi environ de liquide. Le malade fut à l'instant soulagé; mais l'instrument ne put être supporté à demeure, et il fallut le réintroduire trois ou quatre fois par jour. Pendant quinze jours, l'état général donna des inquiétudes : le sommeil et l'appétit avaient entièrement disparu, l'agitation était extrême, malgré les opiacés à haute dose. Cependant les accidents finirent par diminuer; le canal perdit son excès de sensibilité, surtout après la section d'une petite bride qui existait à l'orifice extérieur, et la santé fut rétablie au bout d'un mois.

L'opiniâtreté de la maladie me parut, dans ce cas, être la conséquence du retard mis à vider la vessie; si la sonde eût été introduite sur-le-champ, la guérison ne se fût pas fait attendre plus d'un jour ou deux; car l'expérience a appris, qu'en pareil cas, la rétention d'urine est l'effet d'un état spasmodique du col vésical, qui réclame impérieusement l'emploi de la sonde, lorsqu'au bout de quelques heures, le traitement antiphlogistique n'a pas réussi. Le résultat de cette temporisation est, quelquefois, des plus funestes. Le cathétérisme pratiqué à temps eût peut-être prévenu la mort de Ticho-Brahé, qui succomba, comme on sait, à une cystite dont ce grand mathématicien fut atteint après s'être, dans un banquet à Prague, retenu d'uriner plus longtemps que ses forces et son genre de vie habituel ne le permettaient.

Ainsi, lorsque les accidents se sont déclarés d'une manière subite, à la suite d'excès dans les plaisirs de la table et de l'amour,

ou après une résistance prolongée au besoin d'uriner, comme ils ne tiennent qu'à la rupture de l'équilibre entre l'action des fibres du corps et la résistance du col de la vessie, on s'empressera de recourir à la sonde, sans tenir trop de compte de l'irritabilité du canal, qui se rattache à la distension du viscère, et qui cesse aussitôt qu'on a vidé ce dernier.

Bien entendu que le sujet doit renoncer à son genre de vie, s'il a l'habitude de transgresser les lois de l'hygiène. J'ai connu un jeune homme de vingt-deux ans, fortement constitué, et faisant un grand abus des boissons spiritueuses, qui, dans l'espace de deux mois, eut cinq rétentions d'urine, toutes rebelles aux antiphlogistiques, mais dont chaque fois la sonde le délivra. Vainement je lui conseillai de la modération et l'emploi de moyens propres à diminuer la sensibilité de l'urèthre et du col vésical; il n'était pas plus disposé à renoncer au vin qu'à suivre un traitement régulier ; je cessai de le voir.

L'indication de l'introduction de la sonde se présente dans une foule de circonstances, où l'urine s'accumule sous l'influence de causes accidentelles, comme M. Delmas en rapporte des exemples chez les femmes atteintes d'hystérie, M. Andral dans des fièvres ataxiques, et Chopart dans la colique de plomb.

Je me bornerai à citer ici un de ces cas de rétention produite par l'état de spasme de l'urèthre et du col vésical. J'ai en ce moment sous les yeux une jeune femme, d'un tempérament nerveux très prononcé, bien réglée, intacte sous le rapport des organes génitaux, car la membrane hymen resserre l'orifice du vagin au point de le rendre presque aussi étroit que celui de l'urèthre. Cette personne éprouve depuis quelque temps, à des intervalles plus ou moins rapprochés, et surtout aux époques menstruelles, des difficultés d'uriner telles, qu'on a été souvent obligé de recourir à la sonde. Tous les moyens du ressort de la médecine interne ont échoué. Enfin, on a cru à l'existence d'une pierre, et c'est par suite de cette conjecture que j'ai été consulté. Je n'ai pas trouvé de calcul, mais j'ai été frappé, en introduisant la sonde, de la roideur, de l'induration des parois uréthrales et du col de la vessie. De prime abord, on aurait cru à l'existence d'un rétrécissement organique, tant la sonde avait de peine à passer, et tant elle était serrée. Lorsqu'elle parvint dans la vessie, l'urine

fut lancée avec force jusqu'à la dernière goutte, bien que la femme fût couchée horizontalement. Il ne m'en fallut pas davantage pour être convaincu que la vessie possédait assez de contractilité, et que la retention d'urine ne pouvait être attribuee à son atonie. Je cherchai à combattre l'état spasmodique de l'urèthre et du col vésical par des bains, des lavements, mais surtout par des bougies de plus en plus volumineuses, introduites tous les jours, et retirées au bout de cinq minutes. La présence de ces bougies provoquait des contractions vésicales assez fortes pour les chasser au dehors avec la petite quantité d'urine existant dans son réservoir. Pendant le traitement, il survint plusieurs rétentions; mais constamment aussi, dès que la sonde était parvenue dans la vessie, la malade se tenant couchée, l'urine était lancée jusqu'à la dernière goutte. Ce liquide était normal, et une fois la vessie vidée, la jeune personne se trouvait dans un état ordinaire de santé. Une de ces rétentions, survenue au cinquième jour, existait depuis douze heures, lorsqu'on introduisit la sonde : la vessie s'élevait jusqu'à l'ombilic; l'urèthre offrait moins de roideur que pendant les premiers jours, et néanmoins, malgré son énergie, les contractions vésicales ne suffisaient pas encore pour triompher de sa résistance. Il n'y avait point à s'occuper ici de la vessie, puisque le resserrement spasmodique du canal était l'unique cause des désordres. Ce resserrement finit par céder au traitement que j'ai indiqué, et depuis lors la vessie a fonctionné comme dans l'état normal.

Il ne faut pas perdre de vue que, malgré toutes les précautions, ces sortes de rétentions d'urine ont une grande tendance à récidiver, et que si le malade n'est pas à portée de recevoir les secours d'un chirurgien exercé, on doit lui apprendre à se sonder lui-même, afin qu'il puisse parer à des éventualités soudaines.

3° *Lésions de l'urèthre.*

Les contusions des parois uréthrales sont une cause beaucoup trop négligée de la rétention d'urine. En première ligne se placent celles auxquelles l'accouchement donne lieu si souvent. Rien n'est plus surprenant que le peu d'attention qu'on apporte aux fonctions de la vessie, après que la matrice s'est débarrassée du

produit de la conception; la plupart des accouchées restent souvent, sans qu'on s'en préoccupe, un et même plusieurs jours sans uriner. Cependant la fréquence des fistules vésico-vaginales, et plus d'un cas bien connu de rétention d'urine, suivie d'accidents graves, et même de rupture mortelle de la vessie, annoncent assez combien cette négligence peut devenir funeste, après un travail dans lequel l'urèthre et le col vésical sont si exposés à des froissements et à des meurtrissures qui entraînent la suspension de leurs importantes fonctions.

Aux faits de cette catégorie, il faut ajouter ceux dans lesquels l'accident tient à la surdistension brusque des parois de l'urèthre par l'introduction forcée d'un instrument trop volumineux, par une dilatation mécanique portée trop loin, ou par l'extraction de calculs arrêtés dans ce canal. Dans ces divers cas, la lésion de l'urèthre peut sans doute être très grave et exiger un traitement spécial, qui a été exposé précédemment; mais je n'entends parler ici que des cas où il n'y a pas altération proprement dite de texture, et où l'action n'est que passagèrement dérangée par une violence peu considérable, puisqu'il suffit de quelques jours pour que tous les accidents cessent. En effet, dans plusieurs circonstances de ce genre qui se sont offertes à moi, je n'ai eu qu'à introduire une seule fois la sonde pour voir l'état douloureux ou la tuméfaction légère du canal se dissiper et le cours de l'urine se rétablir.

En général, lorsque la rétention d'urine résulte d'une distension ou d'une meurtrissure des parois uréthrales, le canal est fort irritable, au point même que le malade supporte à peine le contact de la sonde : c'est un motif pour procéder au cathétérisme avec beaucoup de ménagement. Quand il y a contusion du périnée, par suite de chute ou de toute autre violence directe, l'introduction de l'instrument exige plus de précautions encore. Comme il peut se faire que, bien qu'on aperçoive à peine quelques traces de lésions aux téguments, les parties sous-jacentes aient été meurtries, et qu'en conséquences elles se déchirent avec la plus grande facilité, on conçoit quels désordres entraîneraient les manœuvres violentes ou seulement hasardées du cathétérisme, surtout si elles étaient exécutées avec une petite sonde. Ces cas, heureusement rares, exigent une main exercée et l'em-

ploi d'une sonde volumineuse : quelquefois même il est nécessaire de recourir à d'autres moyens indiqués dans le tome Ier de cet ouvrage.

4° *Lésions de la prostate et du col vésical.*

Après les observations que j'ai consignées dans le volume précédent, en traitant des maladies de la prostate et des fongus de la vessie, il serait inutile de revenir ici sur les obstacles que ces lésions apportent à l'excrétion de l'urine, soit qu'elles dévient ou obstruent l'orifice vésical de l'urèthre, soit seulement qu'elles fassent perdre à ce conduit la souplesse et l'élasticité qu'exige l'accomplissement régulier de ses fonctions. On ne perdra pas de vue que les rétentions d'urine qui se déclarent alors sont quelquefois insidieuses, et souvent plus graves et plus dangereuses qu'on ne le pense au premier abord. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'ici encore, du moins au début de la maladie, les ressources de l'art, judicieusement combinées et sagement appliquées, sont d'une merveilleuse efficacité. Sous ce rapport, ces cas diffèrent entièrement de ceux de la stagnation de l'urine. S'ils obligent le chirurgien d'agir avec plus de promptitude, si même ils ne lui laissent pas toujours le temps de s'entourer de toutes les précautions désirables, dès que la sonde est parvenue dans la vessie, non-seulement le malade passe en quelques instant d'un état d'angoisses inexprimables à un état de quiétude et de bonheur, mais encore la guérison de l'accident est en grande partie obtenue. Pour l'assurer, il suffit le plus communément de tenir écartés les obstacles au cours de l'urine, sans s'occuper de la contractilité vésicale, qui est entière, sinon accrue.

Il n'en est pas ainsi lorsque la lésion organique a acquis un grand développement. Il faut s'attendre alors à rencontrer les difficultés que j'ai déjà signalées. Je me bornerai à citer les cas suivants, qui en fournissent des exemples :

Un homme, âgé de soixante-huit ans, d'une forte constitution, éprouvait depuis plusieurs années, des difficultés d'uriner, auxquelles il n'accordait aucune attention. En 1836, il eut une rétention complète d'urine, dont la cause lui était inconnue, et se fit recevoir à l'hôpital Necker. J'eus beaucoup de peine à parvenir

dans la vessie, à raison de la déviation considérable de l'urèthre et du refoulement du col en arrière, résultats d'une tuméfaction énorme de la prostate. Le toucher par le rectum me fit sentir une tumeur volumineuse, qui rejetait cet intestin en arrière et en bas, mais sans me procurer aucun indice relativement à l'inclinaison qu'il convenait de donner à la sonde. J'avais fait choix d'une algalie très longue et à courbure courte, mais prononcée. Par le procédé que j'ai fait connaître, à l'aide d'une pression lente, graduée, soutenue, et en abaissant progressivement le pavillon, je parvins à faire pénétrer cette algalie dans la vessie; elle était enfoncée de 30 centimètres, lorsque l'urine commença a couler. La quantité du liquide, chassé avec force, s'élevait a environ deux litres : il était fétide, bourbeux et sanguinolent. J'éprouvai encore des difficultés pour substituer une sonde flexible a celle d'argent. Mais toutes les manœuvres furent conduites avec assez de prudence et de ménagements, pour qu'il ne survînt pas de fièvre. Le malade porta des sondes pendant deux mois sans discontinuer. Quand on en cessa l'emploi, l'urine était lancée avec moins de force; je fis des injections, mais je reconnus bientôt qu'elles n'étaient pas nécessaires, la vessie possédant assez d'énergie. Les difficultés d'uriner n'étaient dues qu'à la tuméfaction de la prostate. La rétention se reproduisit au bout de quelques mois, et il fallut revenir à l'usage de la sonde en permanence.

Le refoulement en bas de la prostate et du col vésical, par le fait de l'accumulation de l'urine dans la vessie, est à peine signalé par les observateurs. Il mérite cependant toute l'attention du praticien, eu égard surtout au cathétérisme. J'ai vu entre autres cas, M. Béraud (de Saint-Cloud), le 2 novembre 1851, qui n'avait pas uriné depuis trois jours, et qu'on avait inutilement essayé de sonder. La vessie était énormément distendue, et la face postérieure de la prostate deviée en bas apparaissait pour ainsi dire à l'orifice anal; le doigt pouvait aisément la circonscrire et elle paraissait beaucoup plus volumineuse qu'elle ne l'était réellement. En me représentant avec exactitude la déviation de la partie profonde de l'urèthre et du col vésical qu'avait produite le déplacement, je donnai à la sonde une direction appropriée, et elle parvint aisément dans la vessie.

Le cas suivant, que me fournit la pratique de l'un des premiers chirurgiens de l'Angleterre, présente de l'intérêt sous divers rapports. Je n'hésite pas à le citer, tout incomplet qu'il est.

Un septuagénaire, deux jours avant d'être atteint de rétention d'urine, avait rendu une grande quantité de sang par l'urèthre, après quoi il éprouva de fortes envies d'uriner, nécessitant des efforts violents pour les satisfaire. Le malade, qui n'avait pas souffert jusque-là, s'alarma beaucoup. Il ne rendait que du sang liquide, et de loin à loin quelques caillots. Quoiqu'il n'existât pas de tumeur à l'hypogastre, on le sonda ; mais l'instrument n'évacua qu'un peu d'urine sanguinolente, et fit reconnaître la présence de caillots dans la vessie. L'opération fut très douloureuse. Le pouls était petit et fréquent. Les moyens mis en usage calmèrent un peu les symptômes généraux, mais la vessie se développa et devint sensible, la douleur locale alla bientôt en augmentant, et la mort eut lieu le sixième jour. L'urine rendue n'avait pas cessé d'être sanguinolente. On trouva la vessie distendue par un liquide trouble et noir ; ses parois adhéraient aux intestins, sa membrane muqueuse était noire, livide et ramollie comme par macération. La prostate, légèrement hypertrophiée, avait son troisième lobe saillant dans la vessie, noirâtre et gangrené à la surface. Au niveau de l'uretère gauche existait une tumeur fongueuse, pédiculée, du volume d'une petite noix, à surface granuleuse, peu consistante

Est-il nécessaire de rappeler les changements que la vessie peut éprouver dans sa situation, sa forme, la texture de ses parois, etc., dont j'ai cité les principaux exemples, et qui concourent à produire ou qui compliquent la rétention d'urine ?

Un point qu'on n'a pas assez étudié, c'est le travail de cicatrisation qui s'effectue à la vessie à la suite des contusions et des plaies de ce viscère. Cependant les occasions ne manquent pas ; la cystotomie sus-pubienne fournirait à cet égard d'utiles renseignements.

L'inflammation de la vessie s'observe quelquefois par suite de la rétention d'urine. Le plus souvent, l'organe ne s'enflamme que parce qu'il a été distendu outre mesure, et ensuite il ne cesse de se contracter que parce qu'il est enflammé, comme j'aurai plus loin occasion de le démontrer. Ce cas rentre dans la caté-

gorie de ceux dans lesquels une cystite aiguë vient à se déclarer à la suite d'une phlegmasie chronique. Il serait inutile d'insister ici sur ce sujet ; je ferai seulement observer que ces cas sont d'autant plus graves que trop souvent on a permis à la maladie de faire des progrès considérables.

Parmi les causes assignées à la rétention d'urine, on cite l'épaisseur anormale exagérée des parois vésicales, et cela parce que l'ischurie se voit souvent chez des vieillards et des ivrognes, dont la vessie est hypertrophiée. On dit qu'alors le viscère est moins sensible aux impressions de l'urine, et que ses parois épaisses, dures, presque calleuses, sont moins flexibles, ne se contractent pas, et résistent à l'action des muscles abdominaux, de telle sorte que les malades font de vains efforts pour expulser l'urine, surtout si le col est raccorni et presque oblitéré. Ce passage, que je copie presque littéralement dans Chopart, atteste qu'on a pris ici l'effet pour la cause, outre qu'il implique contradiction avec les causes assignées à l'hypertrophie de la vessie. Il est évident, en effet, que cette dernière disposition du réservoir de l'urine est la conséquence des efforts continuels et progressifs que l'organe est obligé de faire pour chasser son contenu à travers l'urèthre ou le col vésical, rétréci, induré, dévié, ou de la stimulation permanente que détermine la présence soit d'un corps étranger, soit de toute autre cause irritante. J'ai fait connaître les précautions qu'il est nécessaire de prendre dans l'emploi des divers modes de traitement qui conviennent le mieux alors, tant pour prévenir les accidents que pour combattre la rétention d'urine.

ART. III. — DES CONSÉQUENCES INDIRECTES OU MÉDIATES DE LA STAGNATION ET DE LA RÉTENTION D'URINE.

Les états morbides qui viennent d'être examinés sous les noms d'atonie de la vessie, de stagnation et de rétention d'urine, outre les phénomènes immédiats dont ils déterminent la manifestation, entraînent d'autres conséquences encore, qui, pour être moins directes, n'en méritent pas moins une étude sérieuse. Les unes, telles que l'hématurie, l'incontinence d'urine, le catarrhe, la rupture de la vessie, sont l'effet de l'accumulation même de

l'urine, agissant sur l'organe qui la contient, ou sur ceux qui concourent à la fonction urinaire, c'est-à-dire les reins et les uretères. Les autres se prononcent dans des appareils plus ou moins éloignés de celui dont la destination est de sécréter, de recevoir et d'expulser l'urine. Des chapitres spéciaux seront consacrés à l'incontinence d'urine, à l'hématurie et au catarrhe vésical. Quant aux autres phénomènes morbides, comme ils n'exercent souvent pas d'influence notable sur les déterminations du praticien, je me bornerai à en faire le sujet de remarques sommaires, et cela d'autant mieux qu'ils passent fréquemment inaperçus, soit parce qu'ils sont peu saillants, soit parce qu'on n'y découvre pas la relation qu'on aime à trouver de cause à effet.

I. *Effets sur les reins et sur les uretères.*

Lorsque, par une circonstance quelconque, l'urine séjourne trop longtemps dans son réservoir, les reins et les uretères éprouvent deux influences morbides, l'une purement mécanique, l'autre vitale et sympathique. On sait combien est intime la connexion qui existe entre les reins et la vessie. Lorsque celle-ci est affectée de quelque manière et par quelque cause que ce soit, les reins s'en ressentent : ils fonctionnent mal. Ainsi, par exemple, une légère surexcitation du col ou du corps de la vessie active la sécrétion urinaire : les malades urinent plus qu'ils ne boivent ; si cette irritation augmente, la sécrétion diminue ; si elle devient plus intense encore, les reins suspendent leur office. L'analyse chimique, l'examen microscopique et même l'examen direct à l'aide des sens, démontrent des variations presque infinies dans la nature et les caractères de l'urine, chez des personnes atteintes d'affections de la vessie qui n'entraînent la production d'aucun liquide additionnel propre à expliquer ce changement, comme sont, entre autres, certains engorgements de la prostate, quelques fongus, et les indurations des parois vésicales sans catarrhe.

Pour que la sécrétion rénale soit exécutée d'une manière normale, il faut que l'évacuation de l'urine ait lieu librement, sans effort et sans douleur, comme il arrive dans l'état de santé. Mais si la vessie demeure longtemps dans un état prononcé de plénitude, elle n'admet que plus difficilement de nouvelles quantités d'urine, et les reins sont fatigués, parce qu'ils ne se débarrassent pas du liquide

à mesure qu'ils le produisent. Alors, non-seulement les uretères se dilatent d'une manière tantôt uniforme et tantôt inégale, mais encore les reins eux-mêmes sont gênés dans leur fonction par la présence constante de l'urine, et les calices, les bassinets acquièrent plus d'ampleur. Toutefois les lésions que l'ouverture des cadavres fait découvrir alors dans ces parties ne diffèrent point de celles qui succèdent à d'autres maladies graves de la vessie; mais j'ai l'intime conviction que l'état anormal de la portion de l'appareil urinaire destinée à la réception et à l'excrétion de l'urine, est la principale des causes sous l'empire desquelles se développent la plupart des lésions des reins et des uretères. Ces maladies me paraissent avoir été étudiées, depuis quelque temps surtout, d'une manière infiniment trop restreinte, dans les tissus qui en sont le siége immédiat. J'ai connu des malades qu'on disait atteints d'albuminurie ou de diabète, n'avoir en réalité qu'une névralgie du col vésical, avec atonie du corps de la vessie, dont la guérison a suffi pour faire disparaître les caractères insolites de l'urine. J'en dirai autant des douleurs sourdes et vagues, mais opiniâtres, que beaucoup de malades ressentent aux lombes, et dont lesquelles on veut voir trop souvent des indices de lésions [illegible] qu'elles sont souvent la conséquence d'un simple [illegible] de la vessie.

[illegible] de toute évidence que les reins finissent quelquefois par devenir le siége de lésions organiques profondes chez les sujets atteints d'atonie vésicale prolongée, et je demeure persuadé qu'au lieu de considérer ces lésions comme isolées et de leur opposer de traitements spéciaux, la meilleure manière de prévenir les altérations qui les accompagnent, comme de faire cesser les douleurs lombaires qu'elles déterminent, est de traiter l'urèthre et la vessie, tandis qu'en se bornant à agir sur les reins, on échoue, ou l'on n'obtient que des effets passagers.

II. *Effets sur les téguments.*

J'ai parlé, dans le traité *de l'Affection calculeuse*, et dans celui *de la Lithotritie*, des taches et autres exanthèmes dont la présence des calculs vésicaux détermine quelquefois l'apparition. Des ma-

lades qui, au lieu de la pierre, avaient une paresse de la vessie, et urinaient avec plus ou moins de difficulté, m'ont également offert, non-seulement la peau ridée, terreuse, desséchée, qu'on voit fréquement dans les maladies anciennes, mais encore des taches circonscrites, des éruptions cutanées, qui, attribuées à d'autres causes, et combattues sans succès par divers moyens, ont disparu sans traitement spécial, dès que le cours normal de l'urine a été rétabli. Ce phénomène varie en raison du degré de force avec laquelle la vessie se contracte. Dans les cas d'atonie ou de paralysie plus ou moins complète du viscère, ce sont des taches brunes, peu marquées, qui se développent avec lenteur, et durent en général longtemps. Lorsqu'au contraire la vessie se contracte avec énergie, et que le malade se livre depuis quelque temps à des efforts considérables pour expulser l'urine, on observe une véritable éruption, tantôt bornée à quelques points seulement, et tantôt étendue à tout le corps. J'ai rencontré une de ces éruptions générales chez un adulte affecté de rétention d'urine, par suite de rétrécissement uréthral. Il s'est présenté en 1850, à l'hôpital Necker, un enfant de cinq ans, chez lequel des fragments de calcul, arrêtés dans l'urèthre, ont donné lieu à des difficultés d'uriner, qui, en se prolongeant, ont entraîné la manifestation d'une eruption considérable à la partie supérieure du corps, notamment au cou et à la face.

Dans quelques cas, l'affection cutanée, existant depuis longtemps, présente une certaine gravité, et surtout devient très opiniâtre. C'e t ce qui avait lieu chez M. le comte W..., qui me consulta en octobre 1851, pour des difficultés persistantes d'uriner. A la suite de plusieurs rétentions d'urine, et pendant qu'on le traitait pour y remédier, il lui survint, aux faces antérieure et externe des deux jambes, une éruption d'apparence dartreuse, accompagnée de démangeaison fort incommode et même parfois insupportable. Elle s'était montrée plus d'une année après la première rétention; il y avait entre les deux maladies une connexion qui avait frappé le malade lui-même, mais qui ne fut pas admise par tous les médecins qui lui donnaient des soins. Cette situation continua longtemps; lorsque je vis le malade, il n'était occupé que de ses jambes; quant à sa vessie, on la vidait plusieurs fois par jour, et il n'en souffrait pas.

M. Rayer, bien qu'il se soit beaucoup occupé des maladies de la peau, assure n'avoir jamais observé ce phénomène, et se borne à citer Lorry, qui en avait vu quelques cas.

Ces indications suffiront, j'espère, pour mettre le praticien à même d'éviter des erreurs de diagnostic. Je n'ai pas remarqué d'ailleurs que l'affection cutanée, dont je n'avais à m'occuper que très secondairement, dût porter à rien changer au traitement de la maladie principale. Seulement, lorsqu'elle s'accompagne, comme chez M. de W..., de vives douleurs, il convient d'y remédier par les moyens généralement usités dans le cas où elle est primitive. Si l'éruption est récente et se développe pendant le traitement, elle ne réclame pas de médication spéciale; mais le praticien doit en tenir compte et y voir l'indication de procéder contre la lésion vésicale avec un surcroît de ménagement. Enfin, c'est surtout sous le rapport du pronostic, que l'affection cutanée a de l'importance par cette considération qu'il faut que la maladie principale ait jeté de profondes racines, pour avoir étendu son influence sur un système organique qui n'a, habituellement, que des relations éloignées avec l'appareil urinaire.

Quant aux douleurs que certains malades, éprouvant des difficultés d'uriner, par suite de névralgies de l'urèthre et du col vésical, de rétrécissements ou de lésions de la prostate, ressentent à la face interne de l'une ou l'autre jambe, et même à la plante des pieds, il en a déjà été fait mention dans plusieurs parties de cet ouvrage. Celles de ces douleurs qui sont la conséquence du séjour forcé de l'urine dans son réservoir ne m'ont point paru différer notablement des autres, ni quant à leur nature, ni sous le rapport du traitement. Elles disparaissent, comme toutes les conséquences de la maladie, à mesure qu'on parvient à rétablir l'excrétion de l'urine. Ce qui importe, c'est de ne pas les confondre avec les douleurs qui dépendent d'abcès développés dans diverses parties du corps, pendant le traitement des maladies de l'appareil urinaire. Les douleurs qui précèdent la formation de ces abcès, ont des caractères et s'accompagnent d'états locaux que je ferai connaître dans un autre chapitre. Celles dont il s'agit ici sont sans fièvre, sans réaction générale, sans tuméfaction dans les parties. Elles se manifestent surtout lorsque le malade éprouve le besoin d'uriner, et lorsqu'il vient de satisfaire

ce besoin. Rarement elles sont permanentes, et s'il leur arrive parfois de durer longtemps, elles n'ont que peu d'intensité.

III. *Effets sur le cerveau, le poumon et le cœur.*

Lorsqu'un malade a été longtemps tourmenté par des difficultés d'uriner, indépendamment de la rétention d'urine qui le menace, il est, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, fortement exposé aux congestions sanguines vers l'encéphale. On ne saurait croire combien de sujets succombent à l'apoplexie déterminée par cette cause. J'en ai observé plusieurs cas, et relaté les plus intéressants. Les efforts plus ou moins violents, et presque toujours longtemps continués, auxquels les malades se livrent pour débarrasser leur vessie, expliquent sans peine ce funeste résultat.

Les congestions vers le poumon sont plus rares que celles vers le cerveau; j'en ai cependant rencontré plusieurs exemples, parmi lesquels je citerai le suivant : un coiffeur croyait avoir la pierre parce qu'il éprouvait de grandes difficultés pour uriner. Il était attaqué de rétention incomplète d'urine, lorsqu'il se présenta à l'hôpital, vers la fin de 1834. Il avait de plus une hémoptysie, qui m'inspira des inquiétudes, malgré le calme du malade, au dire duquel il en était déjà survenu, quelque temps auparavant, une beaucoup plus considérable, dont la terminaison avait été heureuse. L'obstacle au cours de l'urine dépendait d'une atonie de la vessie et d'une lésion du col vésical, accompagnées d'une grande irritabilité de l'urèthre. Toutefois, la prostate ne faisait pas saillie du côté du rectum; mais la bougie s'arrêtait au col, et quand on la pressait un peu contre l'obstacle, on la retirait rebroussée, avec de petites saillies et anfractuosités, comme si elle avait rencontré un corps dur et rugueux. Je combattis la névralgie de l'urèthre, puis j'appris au malade à se sonder et à se faire des injections, en lui recommandant d'y avoir recours de temps à autre, pour ne pas perdre l'amélioration qui avait été obtenue. L'hémoptysie ne reparut plus.

J'ai eu fort souvent occasion de signaler les accidents fébriles qu'entraînent les lésions des organes urinaires. Dans les cas de gravelle et de pierre, comme dans ceux de rétention et d'inconti-

nence d'urine, à la suite de la lithotritie, d'une simple introduction de bougie ou de sonde, etc., on voit souvent survenir soit une fièvre continue, soit des accès de fièvre intermittente, qui se reproduisent parfois avec une grande régularité. On a expliqué ce phénomène par différentes hypothèses, toutes peu satisfaisantes, ou seulement applicables à certains cas spéciaux. C'est ici qu'il faut rapporter la fièvre intermittente pernicieuse néphrétique d'Alibert, la néphrite intermittente quotidienne de M. Mongellaz, et la pyro-néphrite calculeuse de M. Rayer. Je reviendrai sur ce sujet.

CHAPITRE IX.

DE L'INCONTINENCE D'URINE.

On dit d'une personne qui n'a jamais possédé ou qui a perdu la faculté de retenir l'urine, qu'elle est atteinte d'incontinence d'urine. Cette infirmité, sans avoir des suites immédiatement funestes, est cependant fort grave: car, outre qu'elle entraîne une foule d'accidents indirects, elle fait de la vie un fardeau des plus pénibles à supporter. Habituellement trempé d'urine, dont l'odeur infecte se répand au loin, et assailli sans cesse par des érysipèles, des excoriations, des éruptions cutanées, le malheureux qui en est atteint, à charge aux autres et à lui-même, souffre à la fois et dans son physique, tourmenté par le fait de sensations désagréables ou douloureuses, et dans son moral, par l'humiliation résultant d'un état qui brise pour lui la plupart des liens sociaux.

Presque tous les chirurgiens qui ont écrit sur l'incontinence d'urine ont agi pour elle comme pour la rétention. N'ayant égard qu'au flux involontaire et incessant, ils l'ont considérée comme une maladie spéciale, ayant ses symptômes et ses causes propres. Or, dans l'immense majorité des cas, elle dépend du séjour forcé de l'urine dans la vessie, qui lui-même tient à quelque état morbide préexistant, soit du conduit excréteur, soit du réservoir de ce liquide; en sorte que, loin de constituer une maladie essentielle, elle n'est que la conséquence d'un état, produit lui-même

par une altération plus éloignée, un phénomène ajouté à ceux de la stagnation ou de la rétention d'urine.

Il faut reconnaître que les cas de ce genre ne sont pas communs; mais il n'en est pas de même de quelques autres dans lesquels la santé dépérit plus lentement et avec des phénomènes moins prononcés. On n'observe pas alors d'émanation urineuse très caractéristique, mais la constitution s'affaiblit graduellement, l'appétit se perd, et bien qu'il ne ressente nulle part de souffrance locale déterminée, le malade traîne une existence de plus en plus misérable. Que l'urine séjourne dans la vessie par suite du défaut de contractilité suffisante de cet organe, ou parce qu'il existe quelque obstacle dans l'urèthre ou au col vésical, l'effet ne diffère pas notablement J'ai vu un grand nombre de malades, placés dans ces conditions critiques, dont la santé s'est rétablie, au delà de toute espérance, par des traitements locaux destinés à rendre à l'urèthre sa liberté et a la vessie son action normale. Deux malades entre autres m'ont offert, en novembre 1851, des exemples remarquables de ces résultats.

Chez le premier, il s'agissait d'un rétrécissement ancien qui avait résisté à plusieurs traitements; le second n'était atteint depuis longtemps que de simple atonie de la vessie. L'état général inspirait, chez tous deux, la plus vive inquiétude; les moyens employés pour arrêter la décadence progressive de l'organisme étaient demeurés inefficaces. Je me bornai à combattre la maladie locale, et dans l'un et l'autre cas, la santé se rétablit, malgré le grand âge d'un des sujets (près de 80 ans), et quoiqu'il n'urinât pas encore sans la sonde qu'il s'introduisait lui-même.

Il arrive quelquefois, dans les cas de ce genre, que les premiers avantages obtenus du traitement ne se soutiennent pas. A l'amélioration d'abord produite, sous le double rapport de la lésion de la vessie et de la santé générale, on voit surgir tout à coup des symptômes alarmants et souvent mortels provenant presque toujours de l'affection des reins. C'est ce qui eut lieu chez un troisième malade, que j'ai traité, à la même époque que les précédents, et qui fut pris, au moment où l'on croyait sa guérison assurée, d'une inflammation aiguë du rein droit, entée probablement sur une altération chronique latente, et qui entraîna rapidement la mort.

A la vérité, quelques auteurs ont reconnu la nécessité de distinguer deux modifications de cet état, que presque tous les praticiens confondent : l'incontinence d'urine proprement dite, et la sortie de l'urine par regorgement ; mais ils se sont bornés à faire cette remarque, sans éviter eux-mêmes la méprise qu'ils signalaient, ni respecter la distinction utile qu'ils avaient établie. En résumé, la détermination de la maladie, la description de ses symptômes et l'exposition de ses causes, manquent de précision à peu près partout ; il devait nécessairement s'ensuivre une pratique hasardée, et l'inutilité fréquente des traitements préconisés.

Art. Ier. — Diagnostic.

L'incontinence d'urine a des caractères si tranchés quant au fait principal, la sortie involontaire du liquide, qu'il n'y a pas moyen de se méprendre à cet égard. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer ses causes organiques ou, comme on le dit, ses espèces. Au point de vue le plus général, on doit la distinguer en incontinence vraie, résultant de l'inaction du sphincter vésical, qui laisse écouler l'urine à mesure qu'elle arrive, sans interruption et sans que la vessie soit distendue, et en incontinence qu'on peut appeler fausse ou symptomatique, laquelle est l'écoulement de l'urine par le trop plein de la vessie.

Sans que le réservoir se remplisse, et sans que ses parois s'écartent d'une manière sensible, l'urine s'écoule, dans certains cas, à mesure qu'elle arrive des reins, indépendamment de toute action apparente de la vessie. C'est ce qui a lieu, soit lorsque les uretères s'ouvrent à l'extérieur, chez les sujets atteints du vice de conformation, improprement appelé extrophie de la vessie, soit lorsqu'après la cystotomie, ou pour quelques maladies de l'appareil urinaire, on laisse à demeure une sonde non bouchée dans cet organe. Dans d'autres cas, au contraire, la vessie conserve une certaine action. L'écoulement a lieu goutte à goutte, mais le malade le sait ; il en est averti autrement que par la sensation d'être mouillé. Par intervalle même, il y a suspension d'écoulement, soit seulement diurne, soit diurne et nocturne tout à la fois, tantôt continue et tantôt temporaire, dans quelques cas régulière, et d'autres fois accidentelle, etc. On observe, à cet égard,

un grand nombre de variétés. Certains malades urinent dans leur lit toutes les nuits, et d'autres ne le font qu'à de longs intervalles. Quelquefois l'accident apparaît après l'usage de certaines boissons qui, dans l'état ordinaire, n'ont aucune influence sur la vessie. Rien n'est donc moins constant que la manifestation des phénomènes de cet ordre. Chez les enfants, les variations commencent ordinairement de deux à cinq ans, lorsque l'incontinence cesse d'être continue, et qu'elle tend à disparaître; tandis que, chez l'adulte et le vieillard, elles se font remarquer surtout quand elle commence à s'établir. Chez les uns comme chez les autres, la période de l'écoulement a plus de régularité et d'uniformité, lorsque la maladie atteint son plus haut degré d'intensité.

Les cas les plus obscurs sont ceux dans lesquels, par une disposition originelle ou acquise, la vessie a peu de capacité. Alors, en effet, elle ne forme jamais tumeur à l'hypogastre. Cependant, comme une très petite quantité de liquide suffit pour distendre ses parois, et que le liquide coule par regorgement, on est souvent porté à admettre une paralysie du col vésical, qui n'existe pas. La sonde elle-même peut ne pas lever toute incertitude, parce qu'elle n'amène que quelques cuillerées ou tout au plus un verre ordinaire d'urine, et qu'on s'est habitué, ainsi que je l'ai dit en parlant de l'atonie de la vessie, à considérer ce dernier état comme coïncidant toujours avec un accroissement de l'ampleur de cet organe, et avec l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans sa cavité.

Une autre cause d'incertitude naît des sensations du malade. Dans l'incontinence vraie, l'urine s'écoule continuellement, sans la participation de la volonté, sans qu'il y ait de besoin senti. Les mêmes caractères peuvent exister et existent même assez souvent dans l'incontinence fausse, c'est-à-dire lorsque l'urine sort par regorgement, surtout si le cas est ancien : le malade n'a pas conscience que sa vessie fonctionne, alors même que l'écoulement recommence après avoir cessé quelques instants, ce qui n'est pas rare. D'un autre côté, rien n'est moins constant que la sensation du passage de l'urine à travers l'urèthre; souvent il n'y en a point; et s'il s'en manifeste une, elle dépend du degré ou du mode de la sensibilité uréthrale, et des qualités de l'urine. Or ce liquide varie beaucoup. D'ailleurs, la

vessie peut être simultanément atteinte de catarrhe, et l'on sait que le passage des mucosités dans l'urèthre, ou leur simple contact avec l'orifice de ce canal donne lieu à des sensations diverses. Le malade ne distinguant pas nettement la sensation qui résulte d'un véritable écoulement de l'urine de celles qui tiennent à quelque circonstance accessoire, le praticien, à plus forte raison, demeure dans le doute.

Dans ces différents cas, aussi bien que lorsqu'il existe des complications, on ne peut arriver à des notions précises qu'à l'aide de la sonde, et en procédant, comme je l'ai dit plusieurs fois, par voie de défalcation. On découvre par là si l'urèthre est plus irritable qu'à l'état normal, si ce canal est libre, si le col vésical est dévié par un engorgement de la prostate ou par toute autre lésion organique, si la vessie contient de l'urine, et quelles sont sa quantité, ses qualités, etc. Ces premières données étant acquises, la question se trouve déja de beaucoup simplifiée. En effet, si l'urèthre est libre, peu irritable, s'il n'y a pas de lésions organiques au col, ni au corps de la vessie, si ce viscère ne contient qu'une ou deux cuillerées de liquide, et que cependant l'urine s'écoule depuis longtemps d'une manière continue, sans le concours de la volonté, il y a presque certitude que le malade est atteint d'une incontinence produite par le défaut d'action du col vésical. Les doutes qu'on pourrait conserver s'évanouiront si, en faisant une ou plusieurs injections, on constate que la vessie a encore une certaine capacité, et si les organes ou tissus voisins ne présentent aucune trace d'altération.

Ainsi, toutes les fois qu'il y a écoulement involontaire de l'urine, la premiere chose a faire est de s'assurer si la vessie forme tumeur à l'hypogastre. L'existence de cette tumeur suffit ordinairement pour annoncer que l'organe est distendu, et que l'urine coule par regorgement. L'introduction de la sonde ne tarde pas à confirmer ou à détruire cette première donnée. Ces cas étant les plus simples de tous, je n'insisterai pas davantage.

L'absence de la tumeur hypogastrique ne prouve point absolument, comme je l'ai dit, que la vessie ne soit pas distendue, et que l'incontinence ne dépende pas de cette surdistension. Il faut donc encore recourir à la sonde. S'il sort une certaine quantité d'urine par l'instrument, et que l'incontinence cesse pendant

quelques heures après le cathétérisme, pour recommencer ensuite, cet écoulement involontaire de l'urine est, comme dans le cas précédent, la conséquence d'une surdistension. seulement il s'agit alors d'une vessie moins grande. Les cas de ce genre ne sont point rares. Dans les premiers qui se sont offerts à moi, l'absence de la tumeur hypogastrique m'empêcha d'abord de reconnaître l'excès de la distension de la vessie; mais l'expérience ne tarda pas à me convaincre que cette absence ne prouvait rien, et que les assertions des auteurs à son égard manquaient d'exactitude.

S'il peut y avoir de l'incertitude sur la nature de l'incontinence et sur la manière dont se fait l'écoulement, alors même qu'il est continu ou à peu près, à plus forte raison pourrait-on éprouver de l'embarras quand cet écoulement est temporaire et accidentel. J'ai vu d'habiles praticiens se méprendre complétement dans des cas de ce genre. Un de nos généraux, qui avait résisté à la double épreuve des fatigues de la guerre et des excès vénériens, se félicitait de pouvoir rester toute une journée à cheval, ou faire de longs voyages, sans éprouver le besoin d'uriner, lorsqu'il fut pris tout à coup d'incontinence d'urine; ses vêtements étaient mouillés sans qu'il ressentît la plus légère douleur, ni la moindre gêne dans l'exercice des autres fonctions. Un médecin distingué conseilla le repos, les bains et les boissons émollientes, sans se douter que la vessie ne pouvait se débarrasser de son contenu. Il ne vit là qu'une irritation locale, résultant de longues fatigues; et ce qui sembla confirmer son opinion, c'est qu'après avoir fait usage, pendant quelques jours, des moyens prescrits, le général reprit son service sans laisser échapper l'urine. Peu de semaines après, l'infirmité reparut, et céda encore, bien que d'une manière moins soutenue. L'écoulement involontaire, qui s'était montré d'abord à la suite de l'équitation, se manifesta bientôt spontanément pendant la nuit, mais toujours sans aucun embarras apparent à la région vésicale. Après avoir employé sans succès une longue série de médications internes, j'eus enfin recours à la sonde, qui apprit que la vessie ne se vidait pas. Les injections procurèrent un notable amendement, et les bains de mer achevèrent la guérison. J'ai vu beaucoup d'autres cas dans lesquels l'incontinence avait ainsi débuté, d'une

manière insidieuse, sans que le malade eût éprouvé aucun accident propre à faire soupçonner que sa vessie ne se vidait point complétement, et parfois à la suite d'événements qui n'ont pas pour effet ordinaire de donner lieu à un tel phénomène.

ART. II. — DES DIVERSES ESPÈCES D'INCONTINENCE D'URINE.

Comme pour la stagnation et la rétention de l'urine, on peut établir pour l'incontinence de ce liquide autant d'espèces qu'il y a d'états morbides du corps et du col de la vessie, des tissus voisins, et de l'urèthre, capables d'y donner lieu. On conçoit de quelle importance il est de déterminer l'état morbide auquel l'écoulement involontaire de l'urine se rattache, puisque de là dépendent et la conduite à tenir et les résultats probables du traitement. Ayant passé précédemment en revue, sous le rapport du diagnostic, les différentes altérations de l'appareil urinaire, je me bornerai ici à rappeler quelques faits principaux, et à tracer la marche qu'il convient de suivre dans chaque série de circonstances.

I. *Incontinence d'urine à la suite de la paralysie de la vessie.*

La paralysie vésicale ne devient ordinairement complète que lorsque les troubles fonctionnels, tenant à l'atonie du viscère, ont été graves, et qu'ils ont persisté pendant un certain laps de temps. Alors seulement aussi l'incontinence a lieu. Il ne s'agit donc là que d'un degré de plus, ou si l'on veut, d'un symptôme ajouté à ceux qui existaient déjà.

Il n'est pas rare que cette espèce d'incontinence se manifeste à la suite de circonstances diverses, auxquelles on attache plus d'importance qu'elles n'en ont réellement. Parmi ces circonstances, je noterai un dîner trop copieux, un excès de boisson [illegible], l'abus de la bierre, un refroidissement subit, une [illegible] d'esprit, etc. Elles peuvent donner lieu à une [illegible] du col vésical, à l'oubli d'uriner lorsque le premier [illegible] sentir, à la diminution de la contractilité vési- [illegible] à un état de choses tel que l'urine commence [illegible] par regorgement. Quelques auteurs ont pensé

que le poids de l'urine pouvait exercer dans ces cas une influence marquée : il est bien difficile de partager leur opinion, quand on se rappelle que l'écoulement a lieu surtout pendant la nuit, lorsque le malade est couché. Mais d'autres particularités n'ont peut-être pas été prises assez en considération : je veux dire l'exercice du cheval et l'usage des voitures, même bien suspendues. Beaucoup de personnes, notamment parmi celles dont la vessie est paresseuse, éprouvent, à cheval ou en voiture, des besoins fréquents d'uriner, auxquelles fort souvent elles résistent, parce qu'elles n'ont pas toujours la facilité de les satisfaire. De là l'origine d'un grand nombre d'incontinences d'urine. D'abord l'accident est léger, quelques gouttes seulement de liquide s'échappent et mouillent le linge ; mais, avec le temps, il survient des écoulements considérables, qui persistent.

On ne perdra jamais de vue néanmoins que l'infirmité éclate quelquefois sans que le sujet ait été soumis à aucune influence spéciale, sans qu'il ait rien éprouvé qui puisse faire soupçonner que la vessie fait mal ses fonctions. En effet, nous avons vu précédemment que l'atonie vésicale est susceptible de durer des années entières sans provoquer d'accidents, et qu'alors la paralysie, bientôt suivie de l'incontinence, apparaît, pour ainsi dire, à l'improviste. Dans les cas de ce genre, le malade ne parle que de l'impossibilité de retenir l'urine, et ce n'est qu'en le questionnant avec soin qu'on parvient à découvrir que depuis longtemps sa vessie ne se vide pas d'une manière complète. Mais la manifestation spontanée de l'écoulement involontaire et continu de l'urine constate un fait capital, c'est que l'atonie de la vessie a atteint son plus haut degré, que le viscère ne fonctionne plus, que ses parois sont écartées autant qu'elles peuvent l'être, et que le liquide y séjourne comme dans un vase inerte.

Dans plusieurs maladies étrangères à l'appareil urinaire, on voit la vessie frappée d'inertie et l'urine s'écouler involontairement. A la fin de 1848, j'ai été appelé auprès d'un jeune militaire ayant depuis trois ans une incontinence que lui avait laissée une violente attaque de sciatique. Après avoir épuisé, en Afrique, tous les moyens dont l'art dispose, cet officier vint à Paris, où un urologue en renom eut occasion de lui appliquer toutes les ressources de son esprit versatile. Mais ni le galvanisme, ni l'usage

en permanence d'une sonde débouchée, ni les incisions intra-uréthrales, ni la déchirure des *valvules* de ce conduit, etc., n'ont produit l'effet qu'on en attendait. On avait épuisé, sans aucun succès, sur ce malheureux patient, et les moyens consacrés par la pratique générale, et ceux que le génie spéculatif inventa pour la circonstance. Au moment où je fus consulté, on ne pouvait conseiller d'abord que le repos et la suspension de tout traitement. Je n'ai pas revu ce malade.

Les moyens à mettre en usage dans cette sorte d'incontinence sont absolument les mêmes que ceux dont j'ai recommandé l'emploi contre la paresse et la paralysie de la vessie. Ceux sur lesquels on doit le plus compter, sont les sondes à demeure, les injections froides, les irrigations, les frictions, les toniques, les révulsifs, les douches froides et simples, chaudes et sulfureuses, les bains de mer. En général, le traitement est long, et il faut en prévenir le sujet Sa durée dépend spécialement de l'ancienneté de la maladie. Les incontinences très anciennes, complètes et continues, se montrent fort opiniâtres : quelquefois même la contractilité vésicale est abolie à jamais, et l'évacuation de l'urine ne pourra désormais s'effectuer que par des moyens artificiels.

Toutefois, cette incurabilité absolue est rare, lorsqu'il n'existe pas de lésions organiques profondes. Quant a celles-ci, elles constituent toujours des complications plus ou moins graves. Les plus redoutables parmi celles qui ont leur siége en dehors de l'appareil urinaire, sont les lésions du cerveau et de la moelle épinière, à raison du peu d'efficacité des moyens dont l'art peut disposer contre elles.

Dans tous ces cas, il faut diriger le traitement avec une prudence extrême. Pour s'être écartés de cette règle, quelques praticiens ont vu se développer des accidents formidables, tels que des cystites, des hématuries, des catarrhes, des réactions fébriles, des symptômes nerveux, qui ont compromis la vie des malades. Ce sont surtout les injections irritantes, avec le baume de copahu, la teinture de cantharides, le nitrate d'argent, qui ont entraîné ces fâcheuses conséquences. Un praticien prudent s'en abstiendra donc, avec d'autant plus de raison qu'on ne saurait presque jamais distinguer les cas où la vessie est susceptible de

ces réactions tumultueuses, si souvent fatales, et qu'en suivant la marche dont j'ai posé les règles, on arrive au but, plus lentement peut être, mais du moins sans exposer le malade à des chances défavorables. Les moyens dont je conseille l'emploi ont été soumis, d'ailleurs, depuis vingt-cinq années, à toutes sortes d'épreuves : plusieurs chirurgiens les ont adoptés ; mais le silence qu'ils gardent à l'égard des résultats de ma pratique publique et privée donnerait à penser qu'ils y ont été amenés par leurs propres inspirations, si tant d'exemples, dont fourmille notre art, ne prouvaient pas qu'il est malheureusement d'autres motifs auxquels ces sortes de réticences peuvent être attribuées.

II. *Incontinence à la suite de la rétention d'urine.*

La rétention d'urine, quel que soit l'état morbide qui la produise, peut être suivie d'une incontinence plus ou moins prolongée. Nous avons vu en effet, en traitant des lésions de l'urèthre, de la prostate et du col vésical, que beaucoup de malades, après avoir éprouvé toutes les angoisses de la rétention, tombent dans une sorte de collapsus, et laissent échapper l'urine goutte à goutte, avec peu ou pas de douleurs, et sans efforts notables de leur part. Eu égard aux phénomènes, cette espèce d'incontinence ne diffère pas notablement de celle dont il vient d'etre question; car, à dater du moment où l'urine s'écoule d'une manière continue, et sans la participation de la volonté, le viscère ne se contractant plus, les accidents cessent. Cependant il n'y a point, sous ce rapport, identité parfaite entre les deux cas : lorsque l'atonie a précédé l'incontinence, celle-ci est plus grave, attendu que la paralysie vésicale a été amenée de longue main, et qu'elle est complète; tandis que, dans la plupart des rétentions, la vessie fatiguée, épuisée, n'éprouve qu'une simple suspension de sa contractilité, et que, cet état n'existant pas depuis longtemps, on a beaucoup moins de peine à le faire cesser.

Il faut bien se garder d'ailleurs de confondre les cas où l'urine coule continuellement, sans être poussée, avec ceux, en apparence analogues, dans lesquels le liquide s'échappe goutte à goutte, par la petite ouverture que laissent, soit les rétrécissements uréthraux, soit les tumeurs du col vésical. Ici, en effet, il

peut y avoir encore des contractions vésicales, même assez énergiques, mais impuissantes pour vaincre la résistance qu'oppose soit la déviation ou la déformation du col de la vessie, soit la coarctation de l'urèthre. Ce qui distingue ces cas des précédents, c'est que l'écoulement de l'urine présente des interruptions, et, lorsqu'il a lieu, le malade en est averti, tantôt par une sorte de douleur, tantôt par des besoins de pousser. Quoique le liquide s'échappe par gouttes, et quelquefois pendant longtemps, il n'y a pas d'inaction de l'organe. L'incontinence n'est que le dernier degré de la rétention; la vessie fonctionne encore; si les voies étaient libres, ses contractions suffiraient pour chasser la totalité du liquide par un jet ordinaire, et l'on n'a qu'à ramener le conduit excréteur à ses conditions normales pour guérir le malade, sans qu'il soit besoin de ranimer l'action musculaire du réservoir. Le traitement rentre donc dans celui de la rétention d'urine. Mais, lorsque la maladie persiste pendant longtemps, elle amène la paralysie de la vessie, et dès lors l'écoulement involontaire et permanent de l'urine a lieu, comme précédemment, sans que le malade en soit averti, si ce n'est par la souillure de son linge.

A moins qu'elle ne remonte à une date ancienne, l'incontinence, suite de la rétention, n'est grave, en général, que parce qu'il y a, dans l'urèthre, ou au col de la vessie, un obstacle plus ou moins grand à l'introduction des instruments propres à évacuer l'urine, seul moyen de faire cesser l'accident. Ici se présentent des distinctions fondées sur les divers obstacles qui peuvent exister, soit dans l'urèthre, soit au col vésical, et dont j'ai donné l'histoire ailleurs. La seule remarque qu'il importe de faire, c'est que le cas peut devenir insidieux. Lorsque le sujet, par exemple, a cessé de souffrir, au moins d'une manière très vive, comme il voit l'urine couler et qu'il éprouve du soulagement, sa répugnance pour le cathétérisme lui fait différer d'appeler les secours de la chirurgie; et quand enfin il s'y décide, son premier soin est d'ajourner l'emploi de la sonde, qui seule cependant permet d'établir un diagnostic rigoureux, surtout lorsque le peu de capacité de la vessie et l'abondance du tissu adipeux privent le chirurgien des ressources du palper. J'ai rencontré un grand nombre de malades de ce genre, et ce n'est qu'à force d'insistance que je suis parvenu à triompher de leur aversion pour tous les moyens

d'exploration directe. Cependant la guérison a été prompte chez tous, à l'exception de quatre, dont l'infirmité, déjà ancienne, a nécessité l'emploi du traitement que j'ai fait connaître en parlant de la paralysie complète de la vessie.

III. *Incontinence d'urine à la suite de la contusion ou de la dilatation forcée de l'urèthre.*

Il n'est pas rare de voir survenir l'incontinence d'urine après la dilatation brusque et excessive de l'urèthre, comme aussi après les meurtrissures et les contusions des parois de ce canal. J'ai donné des soins à un homme qui avait reçu un violent coup de pied sous les pubis ; l'urèthre avait été fortement contus : une rétention se déclara, et au bout de quelque temps l'urine commença à s'écouler involontairement ; ce phénomène persista pendant plus d'un mois. J'ai vu aussi une incontinence partielle et temporaire survenir à la suite des manœuvres peu ménagées auxquelles on s'était livré pour détruire un calcul uréthral. Chez certaines accouchées, l'urine s'échappe involontairement pendant quelques jours, lorsque la tête de l'enfant a froissé l'urèthre avec une certaine intensité. Quant à la dilatation forcée du canal, il faut remarquer que lorsqu'elle a lieu d'une manière lente, par les procédés de l'art, ou à la suite de l'arrêt d'un calcul ou d'un fragment de pierre, l'urèthre peut acquérir des dimensions énormes, sans qu'il survienne d'incontinence. C'est ce qui ressort de nombreux exemples connus d'expulsion spontanée de gros calculs par des femmes. Mais l'incontinence a lieu presque constamment lorsqu'on veut obtenir cette dilatation, quoique bien moins considérable, avec violence, et d'une manière plus prompte. Il y a ici quelques analogies avec ce qui se passe assez souvent dans l'opération de la taille, sauf que cette dernière, spécialement lorsqu'elle a été faite par le grand appareil, entraîne, outre la dilatation des parties, des meurtrissures, des déchirements, etc.

A différentes époques, on a mis en usage la dilatation brusque et forcée de l'urèthre, chez l'homme, pour en extraire des calculs, et plus d'une fois il est résulté de cette manœuvre que les malades ont perdu la faculté de retenir l'urine. Quelques chirurgiens de nos jours, en France et en Angleterre, y ont eu égale-

ment recours contre les coarctations uréthrales, dans l'espoir d'obtenir des guérisons plus promptes et plus durables, et les conséquences ont été, tantôt qu'il a fallu combattre de graves accidents inflammatoires, tantôt que le malade est demeuré atteint d'incontinence d'urine Howship, par exemple, cite un cas dans lequel cet accident fut la suite de l'emploi d'une bougie de 18 à 20 millimètres introduite pour combattre un rétrécissement supposé. L'usage des grosses sondes en étain, et surtout des dilatateurs mécaniques, peut entraîner les mêmes résultats, conséquences d'autant plus graves que souvent alors il n'y a pas seulement dilatation, mais lacération plus ou moins considérable des tissus.

Quelques faits récents sembleraient établir que l'incontinence d'urine peut être l'effet de l'application de la lithotritie. Je n'ai pas une connaissance suffisante de ces faits pour qu'il me soit permis d'en apprécier la valeur; mais ce que je puis affirmer, c'est que ceux qui ont présenté l'incontinence d'urine comme un accident probable de la lithotritie ont commis une erreur. Pour pratiquer cette opération, il n'est pas besoin de dilater l'urèthre, dont les instruments ne doivent jamais dépasser le diamètre normal. Je n'ai observé l'incontinence sur aucun des centaines de malades que j'ai lithotritiés. Si quelques-uns des sujets opérés par cette méthode ont eu ensuite de la peine à retenir longtemps l'urine, cela tenait à des lésions organiques préexistantes, à des causes étrangères à l'opération bien faite.

Dans les cas qui nous occupent, le traitement varie suivant les causes, et surtout selon la gravité de la contusion, de la dilatation, de la déchirure. Les premiers moyens à mettre en usage, eu égard à l'incontinence, sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé, à l'occasion de la rétention produite par les mêmes causes, et qui la précède généralement. Lorsqu'ils ne produisent pas l'effet désiré, ou bien encore quand on est appelé longtemps après l'accident primitif, il faut s'attendre à trouver des désordres dans l'urèthre ou au col vésical, notamment l'induration, l'épaississement, la perte de l'élasticité des parois du canal, et c'est à détruire ces désordres qu'on doit surtout s'attacher. En pareil cas, l'incontinence d'urine se montre presque toujours fort opiniâtre; il est nécessaire d'insister longtemps sur l'usage des bains et des

douches sulfureuses sur le périnée, l'hypogastre et la partie interne des cuisses, surtout quand la lésion a son siége à la courbure de l'urèthre et au-devant d'elle. Lorsque le col vésical est principalement atteint, le cas est plus grave encore, et oblige souvent à épuiser successivement toute la série des moyens précédemment indiqués.

IV. — *Incontinence d'urine par suite de l'atonie avec dilatation de la partie profonde de l'urèthre.*

Il est une forme d'incontinence d'urine assez fréquente, quoique non décrite, et qu'on pourrait appeler incomplète ou partielle. Quelques personnes ne semblent pouvoir finir d'uriner. Après avoir coulé par jet, comme de coutume, l'urine continue de tomber goutte à goutte, et pendant un laps de temps assez long pour que le sujet n'achève pas, et soit obligé de se garnir, afin de ne pas souiller ses vêtements. Cette incontinence peut se rattacher à divers états morbides, tels que rétrécissements urèthraux, atonie de la vessie, lésion de la prostate, etc.; mais elle peut aussi dépendre d'une dilatation de la partie profonde de l'urèthre, représentant une sorte de caverne ou de poche, dans laquelle s'amassent de l'urine et parfois des graviers. Il convient alors de s'assurer de l'état des parties au moyen du cathétérisme. Si l'on découvre de petits calculs, le premier soin doit être d'en faire l'extraction; après quoi l'on combat l'incontinence par des applications froides sur le périnée, des lavements froids, des douches et de très petites injections froides dans la partie membraneuse de l'urèthre. Il ne faut pas perdre de vue que les parois urèthrales ainsi dilatées ne reviennent sur elles-mêmes qu'à la longue, résultat qu'on n'obtient pas toujours.

En août 1852, il s'est présenté dans mon service un cas de ce genre fort remarquable. Un homme bien constitué et encore jeune éprouvait depuis six ans, après s'être couché sur un terrain humide, une véritable incontinence d'urine contre laquelle on employa sans succès des moyens nombreux et variés. Enfin le malade vint me consulter; je trouvai l'urèthre libre et à l'état normal jusqu'à la courbure. Dès que la sonde eut franchi celle-ci, s'écoula une petite quantité d'urine.

Je trouvai la prostate atrophiée, la partie profonde du canal très molle, très dilatée ; derrière la crête uréthrale existait une bride ou barrière que la sonde faisait distinguer en entrant et en sortant.

Lorsque, ce qui a lieu presque toujours, les poches de l'urèthre sont la conséquence d'un rétrécissement organique ou d'une contraction spasmodique prolongée des parois du canal à sa courbure ou en avant de celle-ci, on doit commencer par mettre en usage les moyens propres à faire disparaître la coarctation.

V. *Incontinence d'urine à la suite des lésions de la prostate, des barrières uréthro-vésicales et des affections graves du corps de la vessie.*

Je ne mentionne ici que pour mémoire, en quelque sorte, ce fait sur lequel j'ai déjà tant insisté, à savoir : que dans quelques maladies graves de la prostate, on remarque parmi les troubles fonctionnels de la vessie l'écoulement involontaire de l'urine. Toutefois cet accident est rare, et quand il se rencontre, on constate presque toujours ou des dispositions organiques particulières, ou un état avancé de la maladie prostatique. On peut en dire autant des fongus, des cancers et des diverses altérations du col et du corps de la vessie. Il est évident que, dans ces cas, c'est de la lésion organique qu'il faut spécialement s'occuper. Cependant l'incontinence exige quelquefois aussi qu'on porte sur elle tout d'abord son attention ; la surdistension de la vessie, dont elle est la conséquence, paralysant aussi longtemps qu'elle existe, tout ce qu'on tenterait ailleurs.

Quelquefois on trouve réunis, chez le même sujet, plusieurs des états morbides du col vésical qui entraînent l'écoulement involontaire de l'urine. Je viens d'en avoir un exemple remarquable sous les yeux, chez un homme de quarante-cinq ans, bien constitué, qui depuis une douzaine d'années éprouvait, dans l'excrétion de l'urine, des troubles qu'on avait successivement attribués à une coarctation de l'urèthre, à une maladie de la prostate et à la pierre. L'introduction d'une sonde me prouva que l'urèthre était libre, et que la prostate, un peu tuméfiée, déterminait une légère déviation du col vésical vers le haut. Je reconnus ensuite,

avec le trilabe, que la vessie ne renfermait pas de corps étranger, mais qu'indépendamment de la tumeur prostatique, il existait, à l'orifice interne de l'urèthre, un repli valvulaire, étendu d'un lobe latéral de la prostate à celui du côté opposé. Le passage des instruments en cet endroit, donnait lieu à de la douleur et à un écoulement de sang. Je commençai par combattre cet excès de sensibilité à l'aide des bougies, qui suffirent pour rendre les besoins d'uriner plus nets et permettre au malade de rester quelques minutes sans perdre l'urine, ce qui ne lui était point arrivé depuis dix ans, surtout pendant la nuit. Cette amélioration ne suffisait pas : le col vésical conservait une sensibilité anormale et beaucoup de tendance à saigner. Après des injections répétées et beaucoup d'autres moyens qui ne produisirent pas l'effet désiré, je fis une application transcurrente de caustique, qui fut immédiatement suivie de douleurs vives et de besoins d'uriner plus fréquents qu'auparavant. Au bout de deux jours, le calme se rétablit, et le malade se trouva beaucoup mieux. Quinze jours après, je pratiquai une nouvelle application de caustique avec le même résultat, si ce n'est que la douleur immédiate fut moins forte. Deux autres cautérisations, à quinze jours d'intervalle également, firent cesser les besoins fréquents d'uriner et l'incontinence. Depuis lors le malade s'est fort bien trouvé : il ne se lève plus qu'une fois ou deux pendant la nuit; dans la journée, il n'urine que toutes les quatre ou cinq heures; enfin il ne se mouille jamais, ni le jour, ni la nuit.

Ce résultat a dépassé de très loin mes espérances. Dans beaucoup d'autres cas analogues en apparence, la cautérisation a été le plus souvent inutile.

J'ai rencontré quelques incontinences survenues à la suite d'excès vénériens qui avaient donné lieu à une phlegmasie déjà ancienne des voies spermatiques, avec névralgie intense du col vésical et délabrement considérable de la santé. Ces cas sont pour la plupart fort opiniâtres, et d'autant plus graves qu'il se rencontre souvent des contre-indications qui affaiblissent beaucoup les ressources de l'art. Il faut alors associer le traitement de la névralgie et celui des maladies de l'appareil séminal aux moyens réclamés par l'incontinence. Il faut de plus ajouter un traitement général, qui varie suivant les individus. Ce qu'on ne perdra ja-

mais de vue en de telles circonstances, c'est que l'incontinence est la preuve d'un degré très avancé de la maladie principale, et que, par conséquent, on doit être réservé à l'égard du pronostic, et, dans tous les cas, s'attendre à un traitement fort long.

VI. *Incontinence d'urine chez les calculeux.*

Chez un assez grand nombre de calculeux, l'urine s'écoule d'une manière involontaire et presque continue. On avait pensé que ce phénomène tenait uniquement à ce que la pierre s'engageait dans le col et, tout en le tenant dilaté, ne le bouchait qu'imparfaitement. Le cas peut s'être présenté quelquefois, mais il est assurément fort rare. Pour mon compte, j'ai vu un certain nombre de malades dont le col vésical contenait un ou plusieurs calculs, sans que l'urine s'échappât involontairement, tandis que d'autres, qui se trouvaient dans le même cas, étaient atteints d'une incontinence d'urine qui a même persisté quelque temps après l'extraction ou le déplacement des corps étrangers. D'ailleurs, depuis l'introduction de la lithotritie il n'est pas rare de rencontrer des sujets dont le col vésical et la partie profonde de l'urèthre sont remplis de débris calculeux, et qui pourtant n'ont pas d'incontinence : parfois, il est vrai, on observe cette dernière; mais bien plus souvent il y a des difficultés d'uriner, desquelles même procède la gravité du cas. J'ai observé aussi l'incontinence permanente d'urine chez des hommes ayant une grosse pierre qui envoyait un prolongement dans l'urèthre ; mais elle n'avait pas lieu chez d'autres qui offraient la même disposition.

De tout cela, il résulte que l'engagement total ou partiel du corps étranger dans le col de la vessie n'a point ici autant d'influence qu'on lui en avait attribué. Tantôt l'incontinence, qui s'observe chez les calculeux, tient à ce que la vessie, épuisée par des contractions incessantes, finit par tomber dans l'état de paralysie et par ne plus fonctionner; tantôt, et le plus souvent, elle dépend de l'irritation continuelle que la pierre détermine. Que cette irritation demeure limitée au col, ou qu'elle envahisse plus ou moins le corps, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré, il en résulte toujours une perturbation notable dans la contractilité de la vessie. Chez quelques-uns des malades que j'ai ob-

servés, l'irritation était bornée au col, et résultait du contact permanent de la pierre, puisqu'il suffisait de déplacer celle-ci avec la sonde, ou d'empêcher qu'elle ne vînt s'appuyer contre l'orifice interne de l'urèthre, en donnant une position convenable au malade, pour que l'incontinence d'urine cessât.

Il peut donc y avoir, chez les calculeux, écoulement involontaire de l'urine, accidentel ou permanent, soit parce que la vessie est distendue outre mesure, soit parce que, plus ou moins irritée, elle ne se laisse pas distendre par le liquide, sur lequel elle se contracte à mesure qu'il arrive.

Dans ces différents cas, le traitement se réduit à celui de l'affection calculeuse, qui d'ailleurs est l'objet capital. Toutefois, l'incontinence fait souvent un devoir au praticien de recourir à la sonde, sans perdre un temps précieux à prescrire des médicaments internes, qui ne peuvent amener aucun résultat. Le cathétérisme est, en outre, le plus sûr moyen, sinon l'unique, de distinguer quelle est l'espèce d'incontinence d'urine dont il s'agit, point à l'égard duquel il importe d'arrêter ses idées le plus promptement possible.

VII. *Incontinence d'urine dans quelques maladies graves, étrangères à l'appareil urinaire.*

Je dois me borner encore ici à indiquer l'incontinence d'urine qu'on voit survenir dans le cours de quelques maladies graves, telles que les fièvres typhoïdes et les ébranlements considérables du système nerveux, les commotions cérébrales, les congestions apoplectiques, les lésions de la moelle épinière, etc. La gravité, de l'affection dépend de la maladie principale, qui réclame en premier lieu l'attention du praticien. Cependant l'écoulement de l'urine a ceci de particulier, qu'il indique la nécessité de recourir à la sonde, à laquelle on n'aurait peut être pas songé sans lui. J'ai rencontré plus d'un exemple de ce genre dans ma pratique, et constamment le cathétérisme a provoqué un soulagement inespéré. Les suites qu'entraîne l'accumulation forcée de l'urine dans son réservoir ont été exposées ailleurs avec assez de développements pour que je n'aie plus à y revenir ; je ferai remarquer seulement que l'incontinence qui survient en pareil cas met sur

la voie du traitement à suivre. Il vaudrait mieux, sans doute, ne pas attendre si longtemps; on éviterait beaucoup de malaise au malade, et on le soustrairait plus tôt à une influence toujours fâcheuse.

VIII. *Incontinence d'urine, sans plénitude de la vessie.*

Si, dans les divers cas qui viennent d'être passés en revue, l'écoulement involontaire, continu et non senti, de l'urine, a lieu par regorgement, par suite de la plénitude et de la surdistension de la vessie, il est d'autres circonstances dans lesquelles le liquide s'échappe également d'une manière continue et involontaire, mais sans que la vessie soit remplie. Tantôt alors le col vésical et la partie profonde de l'urèthre se trouvent relâchés, paralysés, et tantôt le corps du viscère est dans un état de contraction permanente, assez forte pour vaincre la résistance du col et chasser l'urine, à mesure que les reins l'envoient. De là, pour le praticien, une distinction importante à établir; car le traitement devra différer suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre cas, qui peuvent être, en outre, simples ou compliqués.

Il n'est pas rare de voir des sujets atteints de cystite partielle ou totale, d'uréthrite, ou même seulement d'un état névralgique très prononcé, dont la vessie ne peut supporter le contact de l'urine; dès qu'il s'y est amassé quelques gouttes de liquide, un besoin tellement vif de les rendre se fait sentir que, si le malade essaye d'y résister, l'urine s'échappe malgré lui. On dirait que l'orifice interne de l'urèthre, irrité par elle, s'ouvre pour la laisser écouler, au lieu de se fermer pour la retenir : il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'anus éprouve dans certaines diarrhées. Mais ici, quoique l'émission soit presque continue, il existe des besoins réels, vivement éprouvés et fort impérieux. Le malade reconnaît parfaitement que sa vessie fonctionne et même avec un excès d'énergie auquel il ne peut résister.

Le traitement que réclame cette forme de l'incontinence est celui de la cystite et des névralgies du col vésical. Du reste, il n'y a point d'indications spéciales, du moins aussi longtemps que la maladie principale est à l'état aigu. C'est à combattre cette affection qu'il faut d'abord s'attacher, et si l'écoulement invo-

lontaire de l'urine persiste ensuite, le cas rentre dans une des catégories précédentes; mais il est souvent grave, comme aussi celui dans lequel la phlegmasie ou la névralgie dépend d'une lésion organique profonde. La plupart du temps alors on est réduit, en ce qui concerne l'incontinence d'urine, à l'usage des calmants et aux soins de propreté.

Dans un petit nombre de cas, l'urine s'écoule involontairement et son réservoir reste vide; mais le col vésical, les muscles du périnée et la vessie elle-même sont frappés d'une sorte de paralysie. Si l'on fait une injection dans le viscère, au moyen d'une grosse sonde, le malade étant couché, on peut y introduire une grande quantité de liquide, sans éprouver de résistance. Si l'on vient à comprimer l'urèthre, afin de retenir l'urine, le malade ne souffre pas, et peut rester assez longtemps sans éprouver de véritable besoin. Il n'y a point ici à invoquer la perte de l'équilibre entre la contractilité du col et celle du corps de la vessie, puisque les parois de cette dernière participent au relâchement du sphincter et de ses auxiliaires. Quoi qu'il en soit, la maladie alors est toujours grave, et pour peu qu'elle remonte à une époque éloignée, l'art est souvent impuissant, soit qu'elle dépende d'une lésion profonde ayant son siége dans l'appareil cérébro-spinal, soit qu'elle coïncide avec l'épuisement général de l'économie.

On observe encore ces sortes d'incontinences rebelles, sans plénitude de la vessie, chez quelques sujets atteints de lésions organiques profondes du col vésical, qui, au lieu d'être mou, flasque et relâché, comme dans le cas de paralysie, est au contraire dur, roide et en quelque sorte squirrheux; de telle sorte que l'orifice interne de l'urèthre demeure toujours béant, et que l'urine s'écoule sans que le malade ait la conscience du moindre travail de la vessie. J'en ai vu un exemple : tout traitement fut inutile, et je ne pus même pas obtenir l'amélioration temporaire dont j'ai parlé à l'occasion d'autres espèces graves d'incontinence.

Il est moins rare de rencontrer des vessies hypertrophiées, raccornies, ratatinées, qui ont perdu la propriété de sedilater, et qui ne peuvent contenir qu'une ou deux cueillerées au plus de liquide, le surplus s'échappant goutte à goutte, et sans interruption, à mesure qu'il vient des reins. Dans les cas qui se sont offerts à moi, j'ai essayé d'écarter les parois vésicales, au moyen

des injections forcées. Mais tous les sujets ne peuvent pas les supporter; l'eau sort entre la sonde et le canal, à mesure qu'on la pousse. Ces tentatives, souvent répétées, m'ont prouvé que souvent il y a une impossibilité d'agrandir la capacité de la vessie. Les opiacés, continués pendant longtemps, même par le rectum, qui est le mode d'administration le plus avantageux, n'ont produit aucun effet durable. Mais j'ai obtenu quelque soulagement en associant a ces moyens de petites injections mucilagineuses tièdes, faites à l'aide d'une seringue graduée. Il faut surtout avoir soin de ne pousser qu'une très faible quantité d'eau à la fois, de la laisser sortir sur le champ, et de recommencer ensuite. En agissant de cette manière à plusieurs reprises, j'ai quelquefois réussi à suspendre l'incontinence pendant une demi-heure et même une heure. Les malades ont appris à faire les injections, et ils se sont bien trouvés de les répéter chaque fois que le col vésical et l'urèthre éprouvaient de la surexcitation. Lorsque tout avait échoué, j'ai essayé la cautérisation en désespoir de cause. Quoique je n'aie jamais fait que des applications très légères et séparées par de longs intervalles, elles ont généralement occasionné des douleurs, dont la vivacité a determiné deux malades à rejeter désormais tout traitement : deux autres, plus persévérants, ont obtenu de conserver l'urine pendant quelques instants; mais cette amélioration ne s'est pas soutenue chez une jeune personne de vingt et un ans.

Dans des cas nombreux, l'incontinence fausse d'urine présente cette particularité, que l'écoulement involontaire est temporaire, qu'il n'a lieu qu'à certaines heures de la journée, ou seulement pendant la nuit, d'une manière tantôt régulière, et tantôt irrégulière. Je connais plusieurs hommes chez lesquels l'urine s'échappe chaque fois qu'ils plongent les mains dans l'eau, ou qu'ils font leur toilette. Les impressions morales vives, notamment la peur, produisent le même effet. Ces particularités se présentent aussi, quoique plus rarement, dans l'incontinence vraie. Au surplus, elles n'entraînent pas d'indication spéciale pour le traitement.

ART. III. — DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LES FEMMES.

On a dit que l'incontinence complète d'urine produite par la paralysie du sphincter de la vessie était plus rare chez la femme que chez l'homme. Les faits déjà nombreux que j'ai recueillis ne viennent point à l'appui de cette assertion. C'est spécialement chez la femme que cette infirmité s'est montrée à moi. C'est chez elle, en effet, que se trouvent réunies les dispositions anatomiques et les circonstances extérieures les plus propres à y donner lieu, et surtout l'influence d'une pudeur mal placée, qui devient la cause principale des troubles fonctionnels de la vessie. C'est en effet à la déplorable habitude qu'ont les femmes de ne pas satisfaire les besoins d'uriner, quand ils se font sentir, qu'il faut attribuer l'incontinence aussi bien que les névralgies de l'urèthre et du col de la vessie, les hématuries, les catarrhes, etc., moins rares chez elles qu'on ne le pense, et souvent fort graves. Quoi qu'il en soit, si, contrairement à ce que je crois avoir observé, il existe quelques différences, en faveur du sexe masculin, eu égard à la fréquence comparative de l'incontinence d'urine, elle est du moins très légère. Quant au traitement, il y a, sous ce point de vue, des particularités dont on doit tenir compte.

La pudeur des femmes, s'effarouchant des explorations locales et des applications de la sonde, et la plupart d'entre elles ne s'y décidant qu'à la dernière extrémité, la maladie, lorsqu'on est appelé à la soigner, est presque toujours ancienne et devenue grave. De là des difficultés probables pour le diagnostic et pour le traitement. A la place de ce sentiment très général et fort naturel chez la femme, on peut avoir à lutter contre les effets d'une vie déréglée, ou d'excès portés fort loin, par suite desquels l'urèthre, le col et le corps de la vessie, l'utérus, le vagin, enfin l'ensemble de l'appareil génito-urinaire se trouvent atteints en même temps. Il résulte de là des états morbides complexes souvent aussi difficiles à préciser qu'à guérir.

Dans les cas simples, l'introduction de la sonde présente moins de difficultés et entraîne moins de douleurs chez la femme que chez l'homme. En ce qui touche aux injections, on a prétendu que la vessie des femmes les conservait plus difficilement que celle des hommes. Une remarque doit être faite à ce sujet : ou

il y a atonie de l'organe, et alors il retient aisément le liquide; ou la vessie se contracte avec promptitude, et alors les injections sont inutiles, du moins celles à grande eau ; elles pourraient même nuire.

Chez les femmes, comme chez les hommes, l'incontinence d'urine peut se rattacher à des causes et à des états morbides divers, d'où naissent des indications spéciales auxquelles on ne peut satisfaire qu'à l'aide de modifications correspondantes dans le traitement. Je me suis assez longuement appesanti, dans la partie précédente de ce chapitre, sur chacune de ces particularités, pour que le lecteur distingue celles qui sont propres à l'incontinence chez la femme, et que je puisse me borner en ce qui la concerne, à quelques remarques pratiques sommaires.

Lorsqu'il s'agit d'appliquer le caustique au col vésical, on procède avec plus de sûreté et de précision chez la femme que chez l'homme. Aussi est-ce chez elle que ce moyen m'a le mieux réussi.

Parmi les cas dans lesquels j'ai eu occasion de l'appliquer, je citerai les deux suivants qui me semblent dignes d'intérêt à plus d'un égard.

Une jeune femme qui était depuis longtemps atteinte d'incontinence temporaire d'urine, par atonie du col vésical, présentait les particularités suivantes : elle pouvait quelquefois rester plusieurs heures dans la journée sans que le liquide s'écoulât, tandis que, durant la nuit, elle était toujours mouillée; mais si, pendant le jour, elle sautait, dansait ou riait aux éclats, l'urine paraissait aussitôt. Je m'assurai que le liquide sortait sans que la vessie fût pleine : ce viscère avait sa capacité normale, il se contractait facilement, et une ou deux injections d'eau froide suffisaient pour le déterminer à chasser le liquide avec force. L'infirmité tenait donc évidemment à une disproportion entre la résistance du col et l'énergie du corps de l'organe. La personne était forte, bien constituée, d'une santé parfaite, et l'examen le plus minutieux ne faisait découvrir chez elle aucune apparence d'un état morbide quelconque de l'appareil urinaire. Je prescrivis des laxatifs à faible dose, mais souvent répétés, des injections tièdes et mucilagineuses dans la vessie, des bains de siége plutôt frais que chauds. Ce traitement continué pendant deux

mois, amena de l'amélioration. Je fis ensuite, au col de la vessie, trois applications transcurrentes de caustique, à quinze jours d'intervalle. L'écoulement nocturne cessa tout à fait; mais la malade éprouvait de fréquents besoins pendant la journée, et la crainte que le liquide ne s'échappât la faisait uriner au moindre indice, sorte de pusillanimité qui se dissipa graduellement, à mesure qu'elle prit confiance en sa nouvellé faculté.

J'ai donné récemment des soins à une jeune personne, de constitution faible, qui avait uriné au lit jusqu'à l'âge de quatorze ans, âge après lequel elle était parvenue à retenir l'urine, au moins quelques heures. A dix-huit ans, cette demoiselle éprouva de nouveaux troubles fonctionnels de la vessie, accompagnés d'écoulement involontaire durant la nuit. Dans la journée, les besoins étaient extrêmement rapprochés, et elle avait hâte d'y satisfaire, bien qu'elle éprouvât d'assez vives douleurs à chaque émission. Lorsqu'elle essayait d'y résister, il survenait des douleurs violentes aux parties génitales externes, s'étendant au sacrum et aux lombes, avec efforts expulsifs, qui entraînaient des gouttes d'urine sanguinolente, et même du sang pur. Ce pénible état d'angoisses se prolongeait quelquefois durant plusieurs heures. La menstruation, après s'être établie régulièrement, avait fini par se déranger; la malade était pâle, faible, amaigrie, découragée par l'insuccès des nombreux traitements qu'elle avait essayés. Je ne reconnus chez elle ni vice de conformation, ni lésion organique propre à rendre raison des effets observés. La vessie avait sa capacité normale, et possédait un degré suffisant de contraction ; mais son col et l'urèthre étaient fort irritables. Après avoir fait usage pendant plus d'un mois des bougies molles introduites tous les jours, et laissées chaque fois en place durant cinq minutes, j'eus recours à la cautérisation transcurrente. Le résultat fut d'abord peu marqué; mais la quatrième application, qui amena une crise violente et prolongée, détermina un changement notable. Pour la première fois, la malade put rester plusieurs jours sans souffrance. Le traitement par les bougies avait déjà éloigné les besoins d'uriner pendant la journée. Cette amélioration augmenta successivement, et l'écoulement présenta des interruptions durant la nuit. Deux autres applications rendirent le mieux plus sensible. Quoique les besoins soient encore plus

rapprochés qu'ils ne devraient l'être, porte à espérer qu'avec de la persévérance on obtiendra une guérison complète.

Un fait digne d'être noté, c'est que parfois l'incontinence d'urine ne se montre qu'aux périodes menstruelles. Elle précède alors et suit les règles pendant quelques jours. Dans un cas de cette nature, que j'ai rencontré tout récemment, l'infirmité durait depuis trois ans chez une demoiselle de vingt-cinq ans, et s'était déclarée à la suite d'une suppression, provoquée elle-même par de violents chagrins. Le réapparition des règles fut précédée et suivie d'incontinence d'urine. On eut recours aux sangsues, aux applications émollientes, aux eaux de Bussang et de Balaruc : tout fut inutile. On proposa ensuite le cathétérisme, que la malade et les parents rejetèrent. Un chirurgien célèbre attribua l'affection au relâchement du col vésical et de l'urèthre ; en conséquence, il prescrivit de rester au lit et de garder une position horizontale, puis il conseilla l'usage d'un compresseur. Plus tard, on tamponna le vagin avec de la charpie. Une inflammation qui survint obligea de renoncer à tous ces moyens mécaniques. L'écoulement de l'urine était devenu continuel, et la faiblesse portée au point que la malade pouvait à peine se mouvoir. Ce dernier état durait depuis près de six mois lorsque je fus appelé. Je trouvai l'urèthre très irritable, la vessie paresseuse, et la susceptibilité générale excessive, s'accompagnant de mouvements convulsifs partiels ; le sommeil et l'appétit étaient perdus. Je diminuai l'irritation de l'urèthre et du col vésical, je mis la malade à l'usage des injections simples et froides, des bains et des lavements froids. En deux mois, l'incontinence disparut.

Art. IV. — De l'incontinence d'urine chez les enfants.

J'ai souvent eu occasion de voir l'incontinence d'urine chez les enfants. Citons d'abord le fait qui m'a frappé le premier. Il y a une vingtaine d'années que je reçus dans mon service des calculeux un enfant de neuf ans, affecté d'incontinence d'urine depuis sa naissance. Cet enfant était faible, peu développé et d'une paleur extrême ; une douleur sourde et permanente vers le pubis, le périnée et le sacrum, avait résisté, aussi bien que l'écoulement continuel de l'urine, à

tous les moyens successivement employés. Mon premier soin fut d'examiner la vessie. En palpant l'hypogastre, on y sentait confusément une tumeur molle et comme diffuse : la sonde fut introduite avec douleur, car l'urèthre était excessivement irritable; un kilogramme environ d'urine sortit. Je reconnus en même temps l'existence d'une petite pierre. L'incontinence ne reparut que quatre heures après C'était la première fois que le malade pouvait conserver son urine. A dater de ce moment, je le fis sonder quatre à six fois par jour : l'incontinence n'avait lieu que quand on restait plus de cinq heures sans introduire l'instrument. Au bout de huit jours, je procédai à l'application de la lithotritie, dont quatre séances suffirent pour détruire la pierre. Sous l'influence des manœuvres de l'opération, puis des injections d'eau froide, des lavements froids, des bains de siége frais et d'un régime tonique, la vessie recouvra sa contractilité. Le malade urina sans le secours de la sonde, d'abord en petite quantité et à des intervalles très rapprochés; mais bientôt la fonction se rétablit comme dans l'état normal. Pendant quelques jours encore, on continua de sonder et de faire des injections, précaution qu'il ne faut pas négliger, afin que la vessie ne soit jamais surdistendue. Finalement, le petit malade fut guéri, en six semaines, de sa pierre et de son incontinence d'urine.

Ce fait me rappela quelques jeunes sujets, affectés d'incontinence d'urine, chez lesquels j'avais observé un gros ventre, mais sans pousser plus loin mes recherches. L'occasion ne tarda pas à s'offrir d'examiner avec soin d'autres enfants frappés de la même infirmité, sans complication de la pierre. Comme chez le calculeux dont je viens de parler, l'urèthre était fort irritable et la vessie pleine d'urine. J'employai les mêmes moyens, moins les manœuvres de la lithotritie, et le résultat dépassa mes espérances. J'en fus d'autant plus surpris que j'avais adopté d'abord les opinions généralement admises. Rappelons en peu de mots ces opinions.

Desault attribuait l'incontinence d'urine chez les enfants à une augmentation de la force expulsive de la vessie, jointe à un affaiblissement de la résistance du col, et cette opinion a été reproduite depuis, sauf quelques variantes, par la plupart des auteurs. Ils ont dit, avec leur célèbre prédécesseur, que l'incontinence a

lieu, à cet âge, parce que la contraction de la poche urinaire est si vive et si prompte, que l'urine s'échappe avant que les enfants soient prévenus du besoin de l'expulsion, et sans qu'ils puissent s'y opposer. On a parlé aussi de la petitesse de la vessie chez les enfants, comme d'une cause prédisposante, ce qui n'est qu'une supposition gratuite, car j'ai souvent trouvé la vessie d'enfants qui urinaient au lit fort grande et dans un état permanent de distension.

Comme c'est particulièrement la nuit que l'incontinence a lieu, on a pensé qu'elle dépendait alors de la profondeur du sommeil. Sans nier d'une manière absolue cette influence, je ne crains pas d'affirmer qu'elle a été fort exagérée, puisqu'on voit pisser au lit des enfants qui ont le sommeil court et léger, et d'autres qu'on a soin de réveiller plusieurs fois, à des heures déterminées. Nous avons déjà vu que les personnes dont la vessie est grande, faible et inhabile à se débarrasser de son contenu, urinent avec plus de peine la nuit que le jour. A l'action du sommeil se joignent la chaleur du lit et la position horizontale. Quelle que soit, au reste, la cause qui exerce le plus d'empire, toujours est-il que, pendant la nuit, la vessie entre plus difficilement en contraction, se laisse plus aisément distendre par l'urine que durant le jour, et que c'est seulement lorsque cette distension occasionne une sorte de douleur qu'on se réveille pour uriner ; mais alors l'urine coule souvent avec lenteur, après une suite d'efforts et une attente de quelques minutes. Il n'y a qu'un pas de cet état à l'incontinence : qu'on eût résisté un peu plus longtemps au besoin, et le liquide eût commencé à couler involontairement.

Chez les jeunes enfants, la sensation produite par le besoin d'uriner paraît être très confuse, si même elle existe : dans les premiers temps de la vie, l'enfant n'a pas la liberté de ses mouvements; s'il pleure ou crie, on n'en tient pas compte, parce qu'on ignore le motif de son agitation ; aussi, l'urine coule-t-elle pendant la veille comme pendant le sommeil, et à la longue s'établit une habitude, qui plus tard constitue une infirmité. On est si accoutumé à trouver les enfants mouillés quand on les retire de leur couche, que le médecin n'est jamais consulté à ce sujet.

Il existe des particularités anatomiques généralement peu ap-

préciées, mais qui me paraissent, comme à Camper et à plusieurs praticiens modernes, exercer une grande influence sur le phénomène qui nous occupe. La membrane musculeuse de la vessie, dit Howship, est considérée comme un muscle involontaire, tandis que l'urine est retenue dans son réservoir par des muscles sur lesquels la volonté a une action incontestable. Or nous savons très bien que le sommeil relâche le système des muscles volontaires, et qu'il ne modifie que peu ou point les organes des mouvements involontaires. Il n'est donc pas surprenant que l'incontinence d'urine ait lieu surtout pendant la nuit.

A l'incontinence d'urine, chez les enfants, ont été attribuées une foule d'autres causes, par rapport auxquelles s'élèvent au moins des doutes. La quantité d'urine étant très grande durant le sommeil, a-t-on dit, l'enfant ne saurait la retenir, et l'on ajoute que cette urine, de nature aqueuse, provoquant des besoins peu impérieux, l'incontinence est facile à expliquer. Mais rien n'est plus commun que de voir, sous les influences les plus variées, et aux diverses époques de la vie, l'urine devenir abondante et aqueuse, sans que l'incontinence se déclare ; et d'ailleurs les besoins d'uriner ne dépendent nullement de la quantité des sels dissous dans ce liquide. Pour donner une apparence de valeur à cette hypothèse, on a dit que quand une maladie fébrile survenait chez une personne atteinte d'incontinence, celle-ci se trouvait suspendue, l'urine acquérant des propriétés plus irritantes. Le fait est vrai, du moins dans quelques cas, mais l'explication doit être rejetée, car nous voyons souvent l'incontinence se déclarer alors précisément, que l'urine est très chargée de principes salins.

On a pensé encore que l'incontinence d'urine a lieu, chez les enfants, parce que leur intelligence n'est pas assez développée pour comprendre la propreté et gouverner leurs besoins. Cette opinion, exprimée par Desault, et adoptée par un certain nombre des auteurs qui l'ont suivi, a servi de base à la principale méthode curative qu'on ait mise en usage, celle qui consiste à frapper vivement le moral des malades par la terreur, afin de les rendre plus attentifs et de leur faire épier en quelque sorte le premier aiguillon du besoin. Évidemment, une telle influence ne saurait être admise avec toute la latitude qu'on lui a donnée ; les preuves

alléguées pour la soutenir sont sans valeur, et l'expérience démontre que, dans l'enfance, aussi bien qu'à toute autre époque de la vie, il n'y a le plus souvent que sortie de l'urine par regorgement. Rarement observe-t-on l'incontinence vraie, résultat d'un relâchement, d'une sorte de paralysie du col vésical, avec ou sans racornissement de la vessie. Dans quelques-uns des cas que j'ai rencontrés, les parois de cet organe étaient tellement contractées qu'il ne pouvait contenir au plus, que quelques cuillerées de liquide. Plusieurs fois même le racornissement a persisté malgré tous les moyens mis en usage. Chez un enfant que je traite actuellement, l'incontinence paraît être congénitale. Tout ce qui a pu être tenté contre elle est demeuré sans effet. Il n'a pas fallu moins de trois semaines pour accoutumer le canal à recevoir une petite bougie. Ce traitement préparatoire a néanmoins procuré cet avantage, de mettre le petit malade en état de conserver son urine pendant dix minutes. Mais, l'amélioration ne s'étant pas soutenue, j'ai exploré la vessie et pratiqué des injections. La surface interne du viscère était tellement irritable, qu'il me fallut abréger l'exploration, et que je ne pus introduire que deux cuillerées d'eau tiède. Chaque fois que j'ai fait plusieurs injections successives, l'enfant a souffert davantage, et le liquide est sorti teint de sang, aussi bien que l'urine rendue pendant les vingt-quatre à trente-six heures qui suivaient.

Il n'est pas rare de voir plusieurs enfants d'une même famille atteints d'incontinence d'urine, ce qui a fait admettre, pour cette infirmité, une sorte de prédisposition héréditaire. A l'appui de cette manière de voir, je pourrais citer le cas suivant. Il concerne une jeune personne, grande, forte et réglée depuis trois ans, qui n'a jamais pu retenir l'urine, surtout pendant la nuit; son frère et sa sœur, plus jeunes qu'elle de deux et de trois ans, sont affectés de la même incontinence, quoique également doués d'une constitution robuste. J'avoue cependant qu'il faut user d'une grande réserve à l'égard de ces dispositions héréditaires, qu'en général on admet avec trop de facilité. Ce qu'il y a de certain seulement, c'est que l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants est plus commune dans certaines familles que dans d'autres.

Dans beaucoup de cas peu graves, l'incontinence partielle temporaire et même continue, cesse d'un à cinq ans, sans qu'on s'en

occupe. Avant cette époque, il ne conviendrait pas de tourmenter les jeunes malades par des médications qui peuvent ne pas être nécessaires, et dont l'emploi est généralement semé de difficultés. Mais il y aurait aussi de l'inconvénient à négliger trop longtemps une infirmité qui peut dégénérer en habitude difficile à déraciner. D'ailleurs, l'écoulement involontaire de l'urine, outre la malpropreté qu'il entraîne, peut amener des dispositions morbides de la vessie, d'autant plus graves qu'on les combat plus tardivement. C'est de là, en effet, que viennent, chez un certain nombre de sujets, les racornissements des parois vésicales que nous retrouvons à des époques plus avancées, et qui ont des conséquences si fâcheuses.

Du reste, le traitement diffère peu de ce qu'il est aux autres âges de la vie. Mais il varie suivant l'espèce d'incontinence et d'après une foule de circonstances diverses. Une particularité qu'on ne doit pas perdre de vue, c'est que, si les lésions organiques, les productions morbides du col et du corps de la vessie sont les causes les plus ordinaires de l'incontinence chez l'adulte et le vieillard, on les rencontre bien moins fréquemment chez l'enfant, l'atonie et la surdistension de la vessie exceptées, et que, dans la grande majorité des cas, il y a appauvrissement de la constitution, avec une sorte d'arrêt dans le développement de l'appareil urinaire. Il faut donc recourir d'abord au traitement général, et l'employer avec persévérance. Le traitement local, à part un petit nombre d'exceptions, est fort secondaire, du moins au début. A la vérité, il recouvre toute sa puissance dans certains cas rebelles, comme complément des moyens généraux, sans compter les circonstances où il y a atonie de la vessie, et où l'usage de la sonde, des injections, des irrigations, devient absolument nécessaire. Plus d'une fois aussi, j'ai vu des applications transcurrentes de nitrate d'argent, à l'orifice interne de l'urèthre, chez de petites filles, faire cesser des incontinences vraies, qui jusque-là s'étaient montrées rebelles. Toutes les fois qu'il s'agit d'une irritabilité excessive du col ou du corps de la vessie, les injections émollientes en petite quantité et les lavement opiacés, surtout précédés de l'emploi des moyens propres à diminuer l'irritabilité de l'urèthre et du col vésical, produisent à cet âge, aussi bien que chez l'adulte et le vieillard, des résultats

qu'on ne pourrait obtenir d'aucun autre mode de traitement.

Les moyens spéciaux auxquels il convient de recourir, varient d'ailleurs à l'infini. Ainsi, certains enfants urinent au lit sans qu'on remarque chez eux la moindre disposition morbide ou anormale; ils rêvent, et au lieu de se retenir, ils poussent. Ce n'est point là une incontinence : la vessie fonctionne comme en pleine santé, et projette l'urine. Les soins doivent se borner à réveiller l'enfant une ou deux fois chaque nuit. Comme ce cas, d'ailleurs très commun, est des plus simples, c'est alors qu'on a vu réussir les traitements singuliers, et plus ou moins barbares, qui ont été proposés contre l'incontinence proprement dite. Mais lorsqu'on a voulu généraliser leur emploi, il ont échoué le plus souvent, ce qu'il était facile de prévoir. Les châtiments n'ont d'utilité réelle que chez les enfants qui pissent au lit par paresse.

Quant aux cas dans lesquels l'incontinence d'urine tient à un racornissement, ou à une hypertrophie tellement considérable de la vessie, qu'on ne peut introduire qu'une ou deux cuillerées de liquide dans ce viscère, il faut peu compter sur les ressources de l'art; et, à moins qu'on ne découvre quelque cause susceptible d'être écartée, il est inutile de tourmenter les malheureux enfants par des tentatives hasardées. On doit se contenter de l'amélioration légère que l'on peut avoir le bonheur d'obtenir, et recommander au malade d'uriner très fréquemment, parce que, s'il résistait trop longtemps, le liquide s'échapperait malgré lui. Il est arrivé quelquefois, sous l'influence de ces attentions et de soins longtemps continués, que la vessie a recouvré peu à peu une certaine capacité, et que, par suite, les besoins d'uriner se sont éloignés de plus en plus; mais c'est un résultat malheureusement trop rare pour qu'on puisse le promettre.

Art. V. — Remarques sur le traitement général de l'incontinence d'urine.

En parcourant les diverses espèces d'incontinence d'urine, j'ai fait connaître les moyens spéciaux que chacune d'elles réclame. J'ai insisté principalement sur les traitements locaux destinés à écarter les obstacles que l'émission de l'urine peut rencontrer, soit dans l'urèthre, soit au col vésical, parce que ce sont en géné-

tal les moyens qu'on emploie avec le plus d'avantage. Ici, je crois utile de présenter quelques remarques sur différentes médications préconisées spécialement dans le but d'agir sur la contractilité vésicale, et à l'égard desquelles il ne me paraît pas que les opinions des praticiens soient encore bien arrêtées.

De tous les moyens propres à combattre l'incontinence d'urine, il n'en est aucun sur lequel on puisse, à plus juste titre, compter que sur les injections et les irrigations. En traitant des cellules vésicales, et surtout de la stagnation de l'urine, je me suis occupé spécialement de ces médications, de la manière de les employer, et des précautions qu'elles réclament. C'est sur la nature du liquide à introduire que je veux maintenant appeler l'attention. Je me suis servi, contre l'incontinence d'urine, plus ou moins liée à l'atonie de la vessie, de la plupart des liquides indiqués par les auteurs : l'eau ordinaire, à une basse température, m'a paru, dans la majorité des cas, mériter la préférence; elle m'a généralement réussi, et elle n'expose pas aux accidents qu'entraînent trop souvent d'autres injections. Cependant, il lui arrive quelquefois, même quand on la refroidit jusqu'à un degré voisin de la congélation, de ne pas provoquer les contractions vésicales, sans lesquelles on ne peut compter sur une guérison, même incomplète. On s'est cru alors obligé de recourir à d'autres moyens. Les injections astringentes, balsamiques, vineuses, sulfureuses, cantharidées, celles même de solution de nitrate d'argent, comptent des partisans qui n'ont pas craint de les employer pendant longtemps et à hautes doses. Mais, parce que certains malades ont supporté impunément ces injections, et parce que la réaction qu'elles font naître a produit de bons effets chez quelques-uns, je ne pense pas qu'on soit fondé à ériger leur usage en méthode générale de traitement, et cela avec d'autant plus de raisons que les faits, sur lesquels on s'appuie, ne réunissent pas toutes les conditions désirables d'une sévère observation.

Tandis qu'il y a des médecins timides qui reculent devant l'emploi des injections simples, ou légèrement stimulantes, dans la vessie, d'autres n'hésitent pas à pousser dans ce viscère trente à soixante gouttes de teinture de cantharide, six décagrammes et plus de baume de copahu, ou un vin généreux bouilli avec de l'écorce de chêne. Ce n'est, évidemment, ni dans la conduite

méticuleuse des uns, ni dans les prescriptions hasardées des autres, qu'on trouve les bases d'une pratique rationnelle. J'ai fait connaître, à l'égard de ces injections, la marche que l'expérience m'a tracée. En procédant avec plus d'énergie, on s'expose à susciter des accidents graves, que l'art ne peut plus ensuite arrêter, ni même modérer ; et, de ce que ces accidents n'ont pas toujours lieu, on aurait grand tort de conclure qu'ils ne sont pas arrivés, ou qu'ils ne surviendront jamais.

Ce n'est pas seulement dans la dose des principes médicamenteux qu'on a péché : on n'a pas mis plus de réserve dans le mode adopté pour leur emploi. Il est des praticiens qui réitèrent les injections coup sur coup, et qui laissent des liquides irritants en permanence dans la vessie. Or, ces liquides peuvent provoquer des inflammations d'autant plus graves que, s'il s'agit, par exemple, d'une vessie à cellules, leur action se concentre et se prolonge indéfiniment dans ces cavités accidentelles. Des accidents ont été le résultat de cette pratique. Dans un cas cité par M. Devergie, on injecta d'abord du baume de copahu, auquel on substitua bientôt quatre ou cinq gouttes de teinture de cantharide, dont la dose fut même portée une fois jusqu'à environ une cuillerée à café. Cette injection fut suivie de douleurs et d'urines brûlantes, fréquemment et douloureusement expulsées ; les douleurs, assez fortes pour arracher des cris aux malades, se propagèrent aux reins et aux viscères abdominaux : il fallut recourir aux calmants. Plus tard, l'urine entraîna de longs lambeaux de membrane muqueuse vésicale, ou peut-être seulement de fausses membranes. Ce ne fut qu'à la longue qu'on parvint à faire cesser les désordres ; encore resta-t-il une grande sensibilité de la vessie. Dans un autre cas, le baume de copahu, injecté à la dose de soixante grammes, détermina une inflammation vive de la vessie, avec ardeur d'urine et hématurie. Dans un troisième, vingt gouttes de teinture de cantharide, étendues de soixante-quatre grammes d'eau, firent naître les mêmes accidents. Chez une femme, une cuillerée à café de la même teinture, dans trois cuillerées à bouche d'une eau aromatique, excitèrent de fréquentes envies d'uriner et des douleurs pour les satisfaire ; l'urine devint sanguinolente, mais il n'y eut pas de réaction fébrile. L'incontinence cessa pendant quelques jours, et reparut plus

tard. On eut de nouveau recours aux injections cantharidées, à la dose de cinq cuillerées pour soixante grammes d'eau; aucune réaction n'eut lieu, ce qui fit présumer que la teinture était mal préparée. En effet, une seule cuillerée d'une autre préparation détermina une vive excitation et une inflammation qui résista pendant cinq jours aux antiphlogistiques. Nouvelle amélioration, aussi peu durable que la première. Quelque temps après, on recommença le traitement; aux injections, on associa l'usage du vin martial, de l'extrait de noix vomique, des aliments toniques, des lotions avec la décoction de quinquina, et, en continuant longtemps, on obtint enfin la guérison.

Il est arrivé ici ce qui se voit souvent lorsqu'on provoque des réactions brusques et violentes; les effets obtenus ne se soutiennent pas, il faut recommencer. On dit être parvenu à enrayer les accidents qui avaient surgi, et l'on s'applaudit de ce qu'en définitive il y a eu guérison. Mais une pratique si aventureuse s'accorde-t-elle avec la prudence qui doit distinguer le médecin de l'empirique? Pour qu'elle pût être rationnellement recommandée, il faudrait qu'on possédât des moyens certains, ou de ne produire que le degré d'excitation nécessaire, ou de modérer cette excitation et de la faire cesser, au moment où elle devient dangereuse ou inutile. Or, nous sommes bien loin d'une telle précision, sans laquelle on ne sait dans quelle route on se jette, ni à quelles conséquences on expose les malades. S'agit-il, d'ailleurs, d'une incontinence accidentelle, récente, à quoi bon des médications qui peuvent compromettre la vie, quand on sait que cette infirmité cède à des moyens doux, inoffensifs, d'une application facile et sûre? Est-il question d'une incontinence complète, continue, ancienne, l'expérience démontre sans réplique qu'on ne peut en attendre la guérison que d'un traitement très long, conduit avec beaucoup de ménagement, gradué d'une manière méthodique, et que les améliorations dues à des réactions brusques ne se soutiennent pas.

Les heureux résultats qu'on obtient des injections simples, dans le traitement de plusieurs maladies de la vessie ne doivent pas faire oublier qu'il y a des cas où leur emploi présente des difficultés, où il est même impraticable. Or, c'est abuser de ce moyen que de le recommander d'une manière à peu près abso-

lue. Personne n'ignore que, chez les vieillards, spécialement, certaines lésions de la prostate et du col de la vessie rendent l'introduction de la sonde douloureuse, à tel point, qu'en dernière analyse, les injections font plus de mal que de bien. Dans beaucoup de ces cas, le cathétérisme présente, au surplus, assez de difficultés pour ne pouvoir être pratiqué sans danger que par un petit nombre de chirurgiens.

Il est des moyens susceptibles de remplacer les injections, lorsqu'elles sont contre-indiquées, et auxquels d'ailleurs on se trouve souvent très bien de recourir, alors qu'elles sont praticables, parce qu'ils ont pour résultat d'aider leur action, et de rendre la guérison plus prompte. En première ligne se placent les sondes à demeure, introduites et fixées avec les précautions que j'ai recommandées. Je les ai fréquemment employées chez des sujets atteints d'incontinence par accumulation de l'urine dans la vessie frappée d'atonie, et dont le col vésical offrait, en outre, des fongus ou une tumeur prostatique. La sonde à demeure produit le double effet, de procurer une voie facile au liquide, et de redresser la partie prostatique de l'urèthre, en déprimant la tumeur qui la dévie.

On a proposé, et moi-même j'ai fréquemment employé les bains froids, les immersions dans l'eau froide. A la vérité, l'emploi de ces moyens est souvent contre-indiqué par des dispositions individuelles, étrangères à l'appareil urinaire. Mais, lorsque le malade peut les supporter, on en obtient de bons résultats. Les bains de mer remplissent la même indication, et avec plus de succès encore. La natation ne peut qu'ajouter à l'efficacité de ces immersions.

C'est dans le même but qu'on a recours aux applications locales froides, et spécialement aux douches froides sur le périnée, le pubis, la partie interne et supérieure des cuisses. J'ai eu mille occasions de m'en louer.

Lorsque les douches, les applications et les bains froids sont contre-indiqués, on prescrit avec avantage les bains aromatiques, les bains sulfureux, les douches sulfureuses chaudes. Les lotions aromatiques et toniques, répétées d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, m'ont assez bien réussi chez les petits enfants, et d'autres praticiens les louent également. Les frictions aroma-

tiques au sortir des bains favorisent leur action. En général, ces moyens demandent à être employés pendant longtemps, surtout dans les cas graves. Il convient souvent de les suspendre une ou plusieurs fois pendant la durée du traitement, soit pour éviter que l'habitude n'en émousse les effets, soit pour laisser reposer la peau.

Les révulsifs, mêmes les plus énergiques, ne doivent pas être négligés. L'incontinence d'urine qui se rattache à une lésion de la moelle épinière les exige plus impérieusement que toute autre. J'ai également eu à me féliciter, dans différents cas, d'avoir appliqué des vésicatoires volants, en grand nombre, sur le sacrum, la partie interne des cuisses et l'hypogastre. La pommade stibiée peut également être utile. Bien entendu que cette classe de moyens ne convient pas, lorsque l'incontinence tient à un racornissement de la vessie, avec irritabilité excessive du col vésical et de l'urèthre; ils m'ont paru alors ne faire qu'aggraver l'état du malade, tandis que les préparations opiacées, la belladone, les adoucissants, procurent un soulagement marqué.

Les médicaments administrés à l'intérieur ou par la méthode endermique, ne paraissent mériter qu'une confiance médiocre. On a vanté surtout l'aconit, les préparations alumineuses et balsamiques, le camphre, les cantharides, la créosote, le fer, l'iode, l'or, le quinquina, la sabine, la noix vomique, le seigle ergoté, et une foule d'autres substances encore, sans oublier l'électricité. La plupart de ces agents produisent des perturbations énergiques, et peuvent, à titre de révulsifs, trouver place pour consolider une guérison déjà commencée par des médications plus directes; mais on aurait tort de compter sur eux seuls.

Je ne m'arrêterai point à préciser les cas dans lesquels chacun des moyens que je viens de passer en revue peut être utilement mis en usage : il me faudrait pour cela reproduire presque littéralement ce que j'ai dit à l'occasion de chaque lésion organique. La seule remarque qu'il me paraisse nécessaire d'ajouter, c'est que, trop souvent, on procède à leur application avec plus d'entraînement que de calcul. Tantôt, on oppose à certains états morbides ce qui ne peut convenir qu'à d'autres, et tantôt on place, au début, comme agent principal, un moyen qui ne devrait être employé qu'à la fin, comme simple accessoire. L'incoh-

tinence d'urine est, sous ce rapport, dans le même cas que beaucoup d'autres maladies : on s'appuie de résultats exceptionnels ou spéciaux, pour étendre outre mesure des méthodes qui ont réussi sur quelques sujets, mais qui ne sauraient avoir généralement le même succès ; et pour accroître encore la confusion, l'on administre en même temps ou à des intervalles très rapprochés, divers moyens curatifs, ou réputés tels, à chacun desquels il devient d'autant plus difficile d'assigner sa part d'action, si la guérison a lieu, qu'en général les cas eux-mêmes sont mal précisés.

Art. VI. — Traitement palliatif de l'incontinence d'urine.

Lorsque les moyens que je viens de passer en revue n'ont pas amené le résultat qu'on se flattait d'obtenir, et que le malade continue de ne pouvoir retenir son urine, l'art doit encore intervenir pour le soustraire, autant que possible, aux inconvénients inséparables de sa triste infirmité. Divers appareils ont été imaginés, les uns pour recueillir l'urine à mesure qu'elle s'écoule, les autres pour mettre obstacle à sa sortie.

On remplit la première de ces deux indications au moyen de vases allongés et aplatis, en cuir bouilli, en gomme élastique, en gutta-percha, en métal ou en verre, qui sont couverts, les derniers surtout, d'un tissu de toile ou de laine, afin de rendre moins pénible leur contact avec la peau. Ces vases sont maintenus en position par des liens fixés à une ceinture, et placés de manière que l'extrémité de la verge plonge toujours dans leur orifice.

Chez l'homme, ce moyen ne cause pas trop de gêne, surtout si le pénis est long et pendant ; mais si la verge est courte et pour ainsi dire perdue dans la masse du scrotum ou d'une tumeur herniaire, il devient quelquefois très difficile de soustraire le malade au désagrément d'être baigné d'urine, soit pendant le jour, soit pendant la nuit. Cependant on ne doit pas se rebuter. Il faut varier les moyens. Ceux qui semblent les plus parfaits ne sont pas à la convenance de tous les sujets, dont certains retirent des avantages réels de combinaisons, souvent bizarres, qu'ils ont arrangées eux-mêmes, et qui ne réussiraient pas chez d autres. J'en ai vu qui avaient placé une petite eponge dans une bourse imper-

méable adaptée à la verge, et qui s'en trouvait bien. L'essentiel est d'arriver à un procédé quelconque; car, si l'on ne parvenait pas à garantir la peau et les vêtements, le malheureux malade se trouverait sans cesse au milieu d'une atmosphère urineuse, insupportable à lui-même et aux autres, sans compter les érysipèles et les excoriations qui surviendraient aux parties constamment mouillées par l'urine.

Chez les femmes, les difficultés sont plus grandes. Cependant, à l'aide d'éponges souvent renouvelées, ou mieux d'un petit urinal en caoutchouc ou en gutta-percha dont on dispose l'ouverture de manière qu'elle s'applique exactement contre l'orifice de l'urèthre, avec un prolongement qui pénètre dans le vagin, il est quelquefois possible de recueillir l'urine.

La seconde indication a beaucoup occupé les praticiens et exercé l'industrie, tant des malades que des mécaniciens. On a proposé un assez grand nombre d'appareils destinés à comprimer l'urèthre sur un point de son étendue, de manière à empêcher, du moins pour quelque temps, l'urine de s'écouler. Tantôt on se sert, à cet effet, d'une simple ligature autour de la verge, de bandages à crémaillère ou compresseurs de cet organe, ou de divers autres moyens analogues ; tantôt on a recours à des plaques ou pelotes adaptées à des ressorts élastiques, et qui appuient l'urèthre contre le pubis. Evidemment, on a beaucoup trop compté sur ces appareils. Ils réussissent rarement, et finissent presque toujours par entraîner des inconvénients faciles à pressentir. Ainsi, non-seulement on n'y doit recourir que quand tout autre traitement a échoué, mais même alors il faut être très réservé sur leur usage. Qu'on ne perde pas de vue qu'une compression longtemps continuée tantôt amincit et atrophie les tissus, tantôt les fait passer à un état d'induration, qui peut préparer leur altération plus profonde. Les compresseurs n'ont qu'une utilité momentanée, par exemple lorsqu'un malade affecté d'incontinence complète se trouve obligé, par sa position sociale, à une sorte de représentation : avec leur secours, il lui est permis de rester quelques heures sans que l'urine l'incommode. Mais, dès que les circonstances le permettent, il doit y renoncer, et ne faire usage que des appareils simples. On pressent, d'après cela, quelle est mon opinion sur les compresseurs de l'urèthre employés, comme le font quelques

personnes, non pas seulement lorsqu'il s'agit de cas incurables, mais encore à titre de moyen propre à faciliter la guérison. Une telle méthode serait plus propre à aggraver qu'à guérir l'incontinence d'urine, si cette dernière tenait, ainsi qu'on le dit, au relâchement, à la dilatation du col vésical. L'expérience a fait connaître, en effet, que quand l'urine est retenue dans l'urèthre par un obstacle quelconque, la partie du canal située en arrière de cet obstacle, et même le col de la vessie, sont susceptibles d'acquérir une ampleur anormale. Les compresseurs ne sauraient donc jamais être considérés comme des moyens propres à faire cesser l'infirmité. C'est là une nouvelle preuve que des vues purement mécaniques entraînent, dans cette branche de l'art comme dans beaucoup d'autres, à des pratiques trop souvent nuisibles.

CHAPITRE IX.

DE L'HÉMATURIE.

L'hématurie est la sortie par l'urèthre d'une certaine quantité de sang, pur ou mêlé d'urine. Il est arrivé pour elle, comme pour l'incontinence ou la rétention d'urine et le catarrhe vésical, qu'on en a fait une maladie spéciale, essentielle, tandis que, dans la grande majorité des cas, elle n'est réellement qu'un symptôme, un effet consécutif; plusieurs maladies diverses peuvent la produire, avec des variétés infinies.

ART. Ier. — DU DIAGNOSTIC DE L'HÉMATURIE.

Il importe au praticien de constater l'existence de l'hématurie, de reconnaître le lieu d'où provient le sang, et de déterminer la nature des lésions qui en occasionnent l'écoulement.

A. *Moyens de constater l'existence de l'hématurie.* — Bien que cette première partie du problème présente moins de difficultés qu'on ne l'a cru, il existe cependant des circonstances exceptionnelles, dans lesquelles la teinte de l'urine peut faire naître des doutes. En effet, la coloration du liquide est parfois telle qu'au

premier aspect, on le croirait mêlé de sang, bien qu'il n'en contienne pas, comme on le voit dans certains cas de concentration de ses éléments, ou d'addition de principes colorants, provenant de substances médicamenteuses ou alimentaires. Ce qui peut exciter ou justifier le doute, c'est la diversité des teintes que l'urine est susceptible de présenter, et qui dépendent de la proportion du sang, de son mélange avec d'autres produits de sécrétion ou d'exhalation, et du temps durant lequel il est resté en contact avec le liquide urinaire. Le rose et le noirâtre sont les teintes extrêmes, entre lesquelles on rencontre un grand nombre d'intermédiaires. Il est rare, d'ailleurs, lorsque le sang abonde dans l'urine, qu'il y demeure à l'état liquide ; il se précipite en caillots, dont la couleur diffère souvent, à des degrés plus ou moins considérables, de celle qu'ils présentent après la sortie du liquide de ses vaisseaux. Cette différence peut dépendre de son mélange avec des substances étrangères, ou même d'une action chimique exercée sur lui par l'urine altérée.

On comprend que ces circonstances peuvent, dans certains cas, nécessiter l'analyse extemporanée de l'urine, supposée sanguinolente, par la chaleur ou la réaction de l'acide azotique, et modifier ses résultats. Avec de l'habitude, cependant, et en examinant avec attention comment le liquide se comporte dans les vases qui l'ont reçu, il est rare que le diagnostic ne soit pas nettement établi. Si l'incertitude persistait encore, l'action du microscope, en constatant la présence ou l'absence des globules sanguins, lèverait tous les doutes.

Lorsque la présence du sang dans l'urine est constatée, il faut, avant d'aller plus loin, procéder à l'examen du malade. On doit peu s'arrêter aux sensations qu'il accuse. Rien, effectivement, ne varie plus que ces sensations, qui précèdent ou accompagnent l'hématurie. Comme celle-ci n'est, dans la majorité des cas, que la conséquence d'une maladie organique ou d'un trouble fonctionnel de l'appareil urinaire, on peut observer tous les symptômes qui appartiennent à chacune de ces maladies, à chacun de ces troubles, sans qu'il y en ait aucun qui se rapporte particulièrement à la présence du sang. Les auteurs qui ont fait de l'hématurie une affection spéciale, et qui ont vu en elle la maladie tout entière, l'ont rattachée à divers accidents que

les malades ont pu avoir éprouvés. C'est ainsi que les épistaxis, les hémoptysies, les hémorrhoïdes, etc., ont été présentées par eux comme des causes prédisposantes de l'hématurie, qu'ils ont souvent rapportée à leur suppression. Ils y ont accolé une série de phénomènes morbides, les uns précurseurs, les autres concomitants, dont on ne se rend pas raison, qui n'existent même point dans une multitude de circonstances. Ainsi Sœmmering dit qu'il est rare que la sortie du sang ne soit pas accompagnée d'une violente douleur, de spasmes, d'angoisses, de défaillances, de sueurs froides, de refroidissement des membres, etc. Il faut qu'en traçant ce tableau, l'auteur ait eu sous les yeux un cas bien extraordinaire, car la pratique habituelle ne montre rien de semblable. C'est pourtant à l'aide de ces prétendus symptômes qu'il croit pouvoir distinguer si le sang vient de la vessie, car, lorsqu'il suppose que les reins en sont la source, ces organes font, suivant lui, éprouver au malade des douleurs lombaires, sourdes ou lancinantes. Quiconque a observé la nature demeurera convaincu que Sœmmering a écrit ces lignes sous la dictée de son imagination. J'ai fait voir ailleurs ce qu'on doit penser de ces douleurs lombaires, dites rénales, qui n'existent pas, au surplus, dans la plupart des hématuries.

Broussais a parlé d'un *molimen hæmorrhagicum* précédant l'hématurie; mais cette remarque fut faite à l'occasion d'un militaire, sujet à une émission périodique de sang, et chez lequel l'écoulement sanguin était effectivement précédé de symptômes analogues à ceux par lesquels s'annoncent certaines hémorrhagies spontanées. C'était là un cas spécial, présentant des phénomènes qui n'ont pas lieu dans l'immense majorité des circonstances, et que, par conséquent, on aurait tort de généraliser.

B. *Moyens de reconnaître d'où provient le sang.* — Le sang peut être fourni par l'urèthre, le col ou le corps de la vessie, les uretères ou les reins. Un petit nombre de symptômes, et la manière dont l'écoulement se fait, fournissent quelques données à cet égard; mais, quoi qu'on ait dit, ces données ne sont pas tellement exactes qu'il y ait impossibilité de se méprendre.

1° *Hémorrhagie uréthrale.* — On a eu raison de dire qu'il fallait distinguer l'hématurie proprement dite de l'hémorrhagie

uréthrale. Ce sont deux phénomènes essentiellement différents, bien qu'ils semblent avoir été plus d'une fois confondus.

Tous les praticiens savent qu'assez souvent il sort une petite quantité de sang par l'urèthre, dans la gonorrhée, et que, chez les hommes atteints de ce qu'on appelle la chaude-pisse cordée, la seule force des érections ou le redressement de la verge, opéré par une violence quelconque, peuvent déterminer une hémorrhagie, même assez considérable. Les excès de coït produisent quelquefois cet effet. Il n'est pas rare non plus que l'introduction d'un instrument, d'une sonde ou d'une simple bougie, alors même qu'on ne peut pas admettre raisonnablement la lésion des tissus, entraîne un écoulement de sang qui dure parfois des heures entières, se reproduit souvent, après avoir cessé pendant quelque temps, et peut même être assez abondant pour donner des inquiétudes. Quant à la cautérisation, à l'uréthrotomie et à certaines manœuvres pour l'extraction de calculs ou de tout autre corps arrêté dans ce canal, il est facile de se rendre compte de l'écoulement sanguin qu'il n'est pas rare d'observer à la suite de ces opérations.

Dans la plupart des cas, on apprécie sans peine le mécanisme de la cause qui a produit l'accident. Les symptômes ne sont pas non plus difficiles à saisir. Le sang apparaît communément par gouttes, quelquefois par une sorte de jet continu, mais sans mélange d'urine. Rarement le sujet éprouve un besoin réel d'uriner, et l'écoulement n'est accompagné d'aucun effort, d'aucune contraction vésicale. On ne découvre d'ailleurs d'état morbide ni dans la vessie ni dans ses annexes. Alors même qu'il s'agit de blessure aux parois uréthrales par un instrument piquant, tranchant ou contondant, la durée de l'hémorrhagie varie beaucoup. En général, elle cesse d'elle-même, au bout de quelques instants, pour ne plus reparaître; mais parfois aussi elle se renouvelle à plusieurs reprises, lorsque le malade satisfait le besoin d'uriner, ou dans l'intervalle de ces besoins. C'est après les applications du caustique, les scarifications profondes ou les manœuvres forcées de lithotritie dans l'urèthre, que l'écoulement présente le plus d'irrégularités. Le diagnostic peut devenir difficile, lorsque, la cause ayant agi sur la partie prostatique de l'urèthre, le sang paraît couler simultanément du canal et de la vessie. Aux faits

que j'ai déjà publiés je joindrai le suivant, qui offre quelques particularités dignes de remarque.

Un sexagénaire éprouvait depuis quelques mois, mais de loin en loin seulement, de légers troubles dans les fonctions de la vessie, spécialement des difficultés pour faire partir l'urine. Il attacha peu d'importance à cette incommodité; mais tout à coup éclata une rétention d'urine, qui dura près de vingt-quatre heures. On fut obligé de recourir à la sonde, les bains, les applications émollientes et les émissions sanguines n'ayant pas réussi. Les difficultés d'uriner ne venaient pas de l'urèthre, car l'instrument pénétrait avec une grande facilité. Une sonde flexible fut laissée à demeure pendant quelques jours; elle incommoda le malade, qui apprit ensuite à se sonder. Il pouvait rester trois heures et au delà sans vider sa vessie. Cet état ayant continué, et l'urine étant devenue muqueuse et fétide, je fus appelé en consultation. La veille il se manifesta subitement une hématurie abondante, contre laquelle on employa successivement l'eau froide en fomentations et en lavements, les boissons acidulées et plus tard la saignée du bras; le sang ne cessa de couler que par suite d'une syncope. Cet accident fut suivi d'un grand abattement: le pouls était petit, faible et vibratile; le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, au moment de notre réunion, mais il en éprouvait le besoin. Je le sondai avec précaution, et retirai environ un litre et demi d'urine un peu fétide, louche et d'un jaune foncé. Il n'y avait pas de sang. Celui-ci s'était écoulé par l'urèthre, d'une manière continue, sans efforts, sans contractions vésicales, ce qui prouvait qu'il venait du canal ou du col de la vessie. Il est probable qu'en introduisant la sonde, le malade avait froissé la membrane muqueuse uréthrale, et donné ainsi lieu à une exhalation sanguine qu'on prit pour une hématurie, et qui ne reparut plus. Mais l'état général ne s'améliora pas d'une manière notable; il survint de la fièvre, qui persista pendant plusieurs jours. Je fus donc obligé d'ajourner l'exploration de la vessie, objet spécial de la consultation. On continua l'usage de la sonde, introduite deux ou trois fois par jour. Les forces revinrent peu à peu, et je pus enfin explorer la vessie, dans laquelle je ne découvris absolument rien. Les injections froides, les lavements froids et les douches amenèrent une amé-

lioration notable. Il ne s'agissait ici que d'une paralysie incomplète de la vessie; la stagnation forcée de l'urine avait donné lieu aux troubles généraux et aux premiers accidents locaux, et manifestement le sang ne venait que de l'urèthre.

Les hémorrhagies de ce genre ne sont pas, en général, assez graves pour exiger autre chose que des applications froides. Dans le cas où l'écoulement deviendrait par trop abondant, il y aurait indication de placer à demeure une grosse sonde. On doit être surpris de ce que ce moyen, si simple, ait été négligé. La compression exercée à l'extérieur, qu'on emploie trop souvent, expose à ce qu'un caillot se forme dans le canal, et surtout à ce que le sang reflue dans la vessie, ainsi qu'il s'en est présenté récemment quelques exemples. Ces deux moyens, la sonde et la compression au dehors, peuvent d'ailleurs être combinés avec l'attention de rendre la dernière d'autant plus forte qu'elle porte sur des parties plus reculées de l'urèthre. Dans quelques cas, heureusement rares, des hémorrhagies provenant du bulbe de l'urèthre, blessé dans l'uréthrotomie, ou par le porte-caustique lors de la cautérisation de rétrécissements profonds, ont fait courir aux malades de grands dangers, et ont même été suivies de la mort, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques et les mieux entendus. Il y avait probablement chez ces malades quelques dispositions spéciales, originelles ou morbides, dont l'influence a pu seule rendre l'écoulement si exceptionnellement abondant et rebelle.

2° *Hématurie vésicale.* — C'est de la vessie que le sang provient dans la plupart des hématuries; mais il ne s'écoule pas également de tous les points de la surface interne du viscère. S'il y a un fongus, un cancer ou quelque autre altération locale circonscrite, la partie malade est la source de l'hémorrhagie. On en peut dire autant des cas où la membrane muqueuse est atteinte d'une ancienne phlegmasie partielle, surtout vers l'orifice interne de l'urèthre. Une circonstance le prouve : c'est qu'on voit surtout sortir le sang lorsque les sujets finissent d'uriner, et qu'en général la première urine n'en contient pas. Quelquefois cependant le liquide coule d'abord sanguinolent, puis s'éclaircit, et, sur la fin, reparaît teint de sang, jusqu'aux dernières gouttes. En examinant la vessie après la mort, on trouve la membrane muqueuse noirâtre aux environs du col, et parsemée de capillaires

sanguins très développés, dont la présence a peut-être suggéré l'idée de ces varices vésicales, auxquelles on a cru devoir recourir pour expliquer un phénomène qui n'est cependant pas rare dans les phlegmasies des autres membranes muqueuses. La rougeur et l'injection sont parfois très circonscrites, ce qui donne à la face interne du viscère une apparence marbrée.

Au reste, le sang se mêle surtout à l'urine lorsque celle-ci existe en grande quantité dans son réservoir. Si elle est peu abondante, il se ramasse en caillots noirâtres. Chez les sujets atteints d'une affection catarrhale intense, ancienne, générale, on le trouve toujours mêlé à l'urine, ou plutôt aux dépôts muqueux qu'elle contient. La couleur qu'il donne alors aux glaires est tantôt rouge, tantôt, et le plus souvent, bleuâtre, brune, noirâtre ; rarement y aperçoit-on des stries de sang pur.

Lorsque l'hématurie dépend d'une surdistension de la vessie, par l'accumulation de l'urine, ou par une injection forcée, le sang paraît suinter de toutes les parties de l'organe indistinctement, ou du moins je n'ai pas été en position de reconnaître que l'exhalation s'opérât sur un point plutôt que sur d'autres.

Dans quelques cas de pierre volumineuse, avec hypertrophie de la vessie, les contractions énergiques du viscère, qui serrent les parois contre le corps étranger, donnent quelquefois lieu à une exhalation sanguine abondante et répétée. Le sang peut alors venir également de toute la surface de l'organe, tandis que, lorsque la vessie ne se contracte pas avec violence, et que les frottements de la pierre s'exercent principalement sur le pourtour du col vésical, c'est ce dernier endroit qui fournit le sang.

3° *Hémorrhagie rénale.* — On est particulièrement fondé à soupçonner que le sang rendu par la verge provient des reins ou des uretères, dans les cas de fortes contusions, ou de plaies pénétrantes à la région lombaire ou rénale. Qu'il y ait eu rupture de quelques vaisseaux sanguins, ou seulement perturbation de la fonction, on conçoit que l'hématurie ait lieu alors, surtout si les reins sont déjà malades, et contiennent des corps étrangers. En toute autre circonstance, il est bien difficile de justifier le soupçon de cette origine. L'hématurie qui peut résulter de l'arrêt des calculs à l'orifice ou sur le trajet des uretères, et de leur cheminement le long de ces conduits, ne s'annonce à nous par aucun

signe certain. Il est donc plus sage, au lieu de se perdre, comme on l'a fait, en hypothèses, pour arriver à l'énonciation d'un moyen quelconque de reconnaître d'où le sang tire sa source, d'avouer l'insuffisance absolue de l'art, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui de la thérapeutique. On a voulu rapporter aux reins les hématuries dites critiques, c'est-à-dire les écoulements d'urine sanguinolente ou de sang presque pur, qui surviennent vers la fin de quelques maladies graves. Rien n'établit qu'en pareil cas le sang provienne du lieu qu'on lui assigne pour point de départ, car la vessie devenant paresseuse dans la plupart des maladies graves, sans qu'en général on y donne aucune attention, la distension que l'urine lui fait éprouver la dispose à fournir une exhalation sanguine. J'en dirai autant des hématuries qui succèdent quelquefois à la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal. Dans tous les cas de ce genre, dont les exemples ont été rapportés, on avait négligé de constater l'état de la vessie, dans laquelle des explorations exactes auraient peut-être fait découvrir quelques lésions propres à rendre raison du phénomène, sans qu'on eût besoin de recourir à des métastases au moins problématiques.

La plupart des signes dont parlent les auteurs n'ont été établis qu'après coup, et ne servent à rien au lit du malade. Que signifie par exemple cette phrase, d'un auteur moderne, que le sang est plus intimement mêlé à l'urine dans l'hématurie rénale? Il aurait fallu indiquer les moyens de reconnaître ce degré, prétendu caractéristique, de l'union des deux liquides. Encore même n'eût-on pas été beaucoup plus avancé pour cela, puisque nous venons de voir que, dans l'hématurie vésicale, le sang épanché se montre sous toutes les formes, depuis celle de liquide pur et isolé, jusqu'à celle de dissolution parfaite, ou de caillots et de grumeaux plus ou moins volumineux. En dernière analyse, on n'a si souvent admis autrefois l'hématurie rénale que parce qu'on ne possédait pas de moyens assez précis d'exploration de la vessie, et que, la plupart du temps même, on ne faisait aucun examen direct de cet organe. Il est donc permis de croire que l'hématurie rénale essentielle deviendra de plus en plus rare, qu'on la réservera pour les cas où nos moyens actuels d'investigation des organes urinaires ne fourniront aucun éclaircissement, et qu'elle sera

alors comme une sorte de fiche de consolation pour ceux qui se contentent d'annexer tant bien que mal une cause quelconque au phénomène dont ils sont témoins.

Au reste, je ne prétends pas par là que le sang ne provienne jamais des reins ; car, plus d'une fois, l'autopsie est venue révéler que telle était réellement sa source. Ainsi, Cooper a trouvé cinq livres de sang grumeleux dans un rein, et Walter a vu un de ces organes distendu par un mélange de sang et de pus. Tout ce que je veux établir, c'est que nous ne possédons aucun moyen de constater avec certitude l'hématurie rénale pendant la vie, et que, dans la très grande majorité des cas, elle n'existe réellement pas.

C. *Moyens de déterminer la nature des lésions qui occasionnent l'hématurie.* — On s'est livré à des commentaires sans fin pour faire ressortir quelque particularité qui appartînt d'une manière exclusive à chaque espèce d'hématurie.

Ainsi, Van der Haar affirme que les prétendus engorgements variqueux de la vessie sont annoncés par la peine qu'on éprouve à introduire la sonde, qui laisse échapper immédiatement une certaine quantité de sang. Il suffit d'avoir pratiqué quelquefois le cathétérisme pour savoir quel jugement on doit porter de semblables assertions. Les arguments sont à peu près de la même force, en ce qui concerne les autres nuances de l'injection vasculaire : ce sont des combinaisons théoriques plutôt que des déductions rigoureuses de faits pratiques.

On a dit, par exemple, qu'une altération quelconque dans la sécrétion de l'urine précédait généralement l'hémorrhagie rénale. Mais ces troubles ne sont pas plus particuliers à l'hématurie qu'à toute autre lésion de l'appareil urinaire. D'ailleurs, les causes les plus légères suffisent pour faire varier la sécrétion rénale, souvent même sans qu'il en résulte d'indisposition.

On a prétendu encore que la lésion d'une artère rénale donnait lieu à un écoulement de sang plus considérable que celle des artères vésicales. Mais l'expérience journalière atteste que des hémorrhagies fort abondantes peuvent provenir de la vessie. Ce qu'on a dit ne pourrait s'appliquer qu'aux gros troncs artériels, et encore eût-il fallu déterminer l'espèce de lésion dont on entendait parler.

On s'est évertué aussi à rechercher si le sang venait des capillaires artériels ou des capillaires veineux. Cette question, que chacun a envisagée sous le point de vue le plus en harmonie avec ses conceptions particulières, n'a point encore reçu de solution satisfaisante.

Quelques personnes ont cru, de nos jours, donner la solution du problème au moyen d'une théorie mécanique assez étrange. Suivant elles, dans les cas assez nombreux où la membrane muqueuse de la vessie se montre ardoisée, presque noire, formant à l'intérieur une foule de saillies mamelonnées, cet état annonce une congestion inflammatoire très vive; et si, alors, la tunique musculeuse est encore saine, l'hémorrhagie résulte de ce que le tissu muqueux, ne pouvant suivre les fibres charnues dans leurs contractions, le sang s'y accumule et en est chassé comme d'une éponge, par un véritable mouvement d'expression.

Comme cette explication est en contradiction avec des faits nombreux, l'auteur en a ajouté une seconde, opposée à la première; je cite textuellement : « Épaissies, indurées par l'hypertrophie, ainsi que par l'inflammation des fibres charnues et du tissu cellulaire qui les unit, les parois vésicales deviennent incapables de se resserrer, et même, si l'on vient à les rapprocher par la pression, elles tendent à s'éloigner de nouveau, semblables à une vessie de gomme élastique. Si donc, lorsqu'on introduit la sonde, on comprime le ventre pour expulser complétement l'urine, l'air extérieur se trouvera aspiré lorsque la pression cessera, et, si l'on a pris la précaution de boucher la sonde, la vessie opérera, par son élasticité, une véritable succion sur sa propre muqueuse, de manière à déterminer une exhalation sanguine. »

Pour répondre aux besoins de la pratique, qui sont bien plus pressants que ceux de la théorie, je vais examiner successivement l'hématurie dans les diverses circonstances où elle peut se présenter.

Art. II. — Des différentes espèces d'hématurie.

1. *Hématurie par suite des névralgies de l'urèthre, des rétrécissements de ce canal et de l'atonie de la vessie.*

Indépendamment des graves désordres dans l'excrétion de l'urine que les états nerveux ou spasmodiques de l'urèthre et du col vésical peuvent entraîner, ces états amènent quelquefois une exhalation de sang à la surface interne de la vessie. Les parois de l'urèthre et du col vésical n'ont pas besoin, pour donner lieu à cet effet, d'être contractées au point d'empêcher l'introduction d'une sonde, et de déterminer une véritable rétention d'urine : un simple état de rétraction suffit pour cela, et, ce qui le prouve, c'est qu'en mettant fin aux phénomènes nerveux, on fait cesser tous les autres accidents. Je citerai pour exemple un jeune homme dont l'urèthre était fort irritable, et sensiblement rétréci à son orifice externe. Ce malade souffrait beaucoup, et depuis longtemps, aux régions lombaire et vésicale; il lui arrivait souvent de rendre des urines sanguinolentes, dont les dernières gouttes étaient même du sang presque pur. Le cathétérisme explorateur fut douloureux et suivi d'une éruption varioloïque, après laquelle la santé se trouva si dérangée qu'il fallut différer de trois mois le traitement pour lequel j'avais été appelé. Lorsque je pus l'entreprendre, il me suffit de diminuer la sensibilité de l'urèthre, au moyen des bougies, et de débrider le méat urinaire, pour faire cesser les douleurs et l'écoulement de sang : tous les phénomènes morbides disparurent en peu de temps. Un grand nombre de faits analogues se sont offerts à moi, et constamment j'ai obtenu un résultat aussi heureux de l'emploi des mêmes moyens.

L'hématurie a lieu plus fréquemment lorsqu'un obstacle organique quelconque oblige l'urine à séjourner dans la vessie, et y détermine une distension, qui se prolonge ou se répète. J'ai donné les détails d'un grand nombre de cas qui prouvent ce fait. Je me bornerai à y ajouter les suivants :

Un peintre, âgé de soixante et dix ans, éprouvait depuis plusieurs années des difficultés d'uriner. Les besoins devinrent de

plus en plus rapprochés, et il fallait de longs efforts pour les satisfaire. Le malade, d'un caractère assez insouciant, s'occupa peu de son état. A la suite d'un petit voyage en voiture, les difficultés d'uriner s'accrurent, et l'urine sortit chargée de sang; mais la promptitude avec laquelle le liquide revint à son état naturel ramena bientôt la sécurité, que cet accident avait un peu troublée. Plus tard, le sang reparut en plus grande quantité, et pendant plusieurs jours. Les bains, le repos et les boissons adoucissantes eurent le même succès que la première fois. Il ne resta de ces attaques que des besoins d'uriner plus fréquents, plus difficiles à satisfaire; l'urine coulait souvent goutte à goutte, ou par un très petit jet; quelquefois même elle s'échappait à l'insu du malade. Une troisième hématurie se déclara; pendant trois jours il sortit une quantité de sang considérable, et il survint une rétention complète, qui durait déjà depuis douze heures quand je fus appelé. L'impossibilité d'introduire une algalie ordinaire, à raison de l'étroitesse du canal, et la nécessité d'apporter un prompt secours, me déterminèrent à faire usage d'une très petite sonde. Cet instrument pénétra avec peine, mais sans que j'eusse besoin d'employer la force, et donna issue à beaucoup d'urine noire et fétide. Au bout de deux jours, la sonde métallique fut remplacée par une autre en gomme élastique, dont j'accrus successivement le volume, de sorte qu'en un mois le canal se trouva dilaté au point d'admettre un instrument de 7 millimètres. Ce fut au huitième jour seulement que le sang cessa de couler avec l'urine; celle-ci peu à peu s'éclaircit et perdit sa fétidité. Mais la vessie avait aussi perdu la faculté de l'expulser, ou du moins elle ne se débarrassait que du trop-plein. Je fus donc obligé de m'astreindre à la vider deux fois par jour : chaque fois je retirais plus d'un litre de liquide. Les injections froides n'eurent pas un effet aussi prompt que de coutume, car plusieurs mois furent nécessaires pour ranimer la contractilité vésicale. J'y parvins néanmoins; et pendant sept années que le malade a survécu, il n'a éprouvé que de loin en loin de légères difficultés d'uriner, qui cédaient toujours à l'introduction de la sonde, et le sang n'a jamais reparu.

Deux états morbides existaient ensemble chez ce malade : le rétrécissement de l'urèthre et l'atonie de la vessie. Celle-ci devait

son origine à la coarctation uréthrale; mais elle était arrivée au point que l'émission de l'urine ne pouvait se faire d'une manière complète, même après la destruction du rétrécissement.

Le cas suivant n'est pas sans analogie avec celui que je viens de rapporter. Il fournit d'ailleurs un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic de l'hématurie. Depuis longtemps un homme, plus que septuagénaire, éprouvait de légères difficultés d'uriner, et rendait de petits filaments muqueux par l'urèthre. L'exploration me prouva que ce canal était rétréci. Une légère dilatation des points resserrés produisit une amélioration notable, et le malade ne jugea pas nécessaire d'aller plus loin. Un an après, il fut pris d'une hématurie, à laquelle on opposa les diurétiques, les astringents et les applications froides. Ce traitement n'ayant pas de succès, on pensa qu'il existait quelque lésion profonde à la vessie, et je fus consulté de nouveau. Je reconnus que le viscère, quoique petit, était fort distendu, et qu'il formait une tumeur dure derrière les pubis; le malade urinait depuis longtemps par un jet très fin, l'urine était sanguinolente et ne sortait, pour ainsi dire, que goutte à goutte. N'ayant pu introduire une sonde de calibre moyen, je fus plus heureux le lendemain avec une autre, très petite, que je laissai à demeure. Dès lors, tous les accidents cessèrent, et au bout de trois jours l'urine avait repris sa couleur naturelle. L'impossibilité de voir le malade tous les jours me fit renoncer à la dilatation temporaire. C'est par des sondes à demeure, d'un volume croissant, que je ramenai le canal à son calibre ordinaire.

Nul doute que l'hématurie ne fût le résultat de la distension des parois vésicales par l'urine accumulée. A l'époque où je vis le malade, on suspendit tout traitement interne, auquel la cessation de la présence du sang eût pu être attribuée. L'expérience me permettait déjà de garantir le succès, par le seul emploi de la sonde, à laquelle personne n'avait songé, parce que la vessie ne formait point, à la région hypogastrique, cette tumeur considérable qui ne s'y prononce que dans les cas où le viscère a une grande capacité. L'atonie de l'organe était moins avancée chez ce sujet que chez le précédent; aussi la guérison fut-elle plus prompte : elle n'exigea que les sondes, les bougies et un petit nombre d'injections. Le malade n'ayant pas négligé les précau-

tions que je lui indiquai, pour prévenir le retour du rétrécissement, le sang n'a plus reparu dans l'urine.

M. D. de Richemond, à peu près septuagénaire, avait éprouvé, à des intervalles fort éloignés, quelques dérangements dans les fonctions de la vessie, mais trop légers pour lui inspirer des inquiétudes. En juillet 1840, il fut atteint d'une affection pulmonaire, avec accidents cérébraux, pour laquelle il recevait les soins de M. Cruveilhier, qui se félicitait des résultats obtenus, lorsque, vers le commencement d'août on vit apparaître du sang dans l'urine. Le malade avait aussi quelque peine à vider sa vessie. On épuisa toutes les ressources de la médecine contre ces nouveaux accidents; mais la quantité de sang ne fit qu'augmenter, à tel point qu'on l'estimait à la moitié du liquide rendu. Quelques légères douleurs du côté de la vessie ayant pris de l'accroissement, je fus appelé en consultation. L'urine que le malade avait évacuée, et celle qu'on avait retirée avec la sonde, étaient noires, épaisses, et contenaient un certain nombre de caillots noirâtres. Il y avait de la fièvre, et l'hypogastre était sensible ; mais on distinguait à peine la tumeur formée par la vessie. Je procédai au cathétérisme ; l'urine, dont je fis sortir deux verres ordinaires, était de même nature que celle qu'on m'avait montrée. L'hypogastre, palpé immédiatement après, n'était plus sensible. L'introduction de la sonde n'avait été ni difficile, ni douloureuse. Je proposai de se borner, en ce qui concernait l'hématurie, à vider la vessie dès que le besoin se ferait sentir, et de suspendre tout traitement interne. Cet avis fut adopté, mais non exactement suivi. Le malade, craignant d'être sondé trop souvent, résistait pendant plusieurs heures au besoin d'uriner, et s'il lui arrivait de rendre spontanément quelques gouttes de liquide, il n'appelait pas son chirurgien. Aussi, le lendemain et le surlendemain, l'urine contenait-elle presque autant de sang qu'auparavant : il y avait de la fièvre et de la douleur à l'hypogastre.

En introduisant moi-même la sonde, je trouvai l'urèthre plus sensible à la courbure et au col vésical; le passage de l'instrument était plus douloureux que la première fois, et les besoins d'uriner se manifestaient par des sensations plus pénibles. On avait donc à craindre une cystite aiguë, qui vraisemblablement eût été fatale. Nous fîmes comprendre au malade et à sa famille

qu'il s'agissait de la vie, dont nous ne pouvions répondre si l'on négligeait l'emploi de la sonde. L'urine fut donc évacuée aussitôt que le besoin se faisait sentir ; bientôt ce besoin revint à des intervalles moins longs ; la vessie se contracta avec plus de force, le liquide était projeté plus loin, et pour empêcher les parois du viscère de revenir sur elles-mêmes avec trop de précipitation, je recommandai d'interrompre, pendant chaque évacuation, une ou deux fois l'écoulement de l'urine, en appliquant le doigt sur l'orifice de la sonde. Dans les premières vingt-quatre heures, le sang diminua de moitié, et le lendemain il n'y avait en avait plus : l'urine était devenue normale. Les contractions vésicales avaient tellement augmenté que le liquide coulait avant que la sonde fût parvenue dans l'intérieur de l'organe, et comme le passage de cet instrument causait toujours de la douleur au-dessous du pubis, je conseillai l'usage d'une bougie molle, toujours moins douloureuse, en recommandant de n'en pas introduire plus de 10 à 12 centimètres. Ce moyen réussit parfaitement ; le malade ne souffrait plus : à peine la bougie était-elle en place, que la vessie entrait en contraction et chassait l'urine. Le prompt retour des contractions vésicales dispensa de recourir aux injections ; l'urèthre étant libre et la prostate à peine tuméfiée, il n'y avait pas d'autre indication à remplir. Plus tard, le malade éprouva de nouveaux accidents du côté de la poitrine et du cerveau, mais les fonctions de la vessie ne furent pas notablement troublées.

Dès la première visite que je fis à M. D., mon opinion fut arrêtée sur la cause de l'hématurie dont il était atteint. Je n'hésitai pas à prédire l'issue du traitement que je proposais, parce que j'avais vu, dans une foule d'autres cas analogues, l'exhalation du sang céder à la seule précaution d'empêcher l'urine de distendre la vessie.

Dans quelques cas, la marche de la maladie est plus irrégulière. Je me rappelle entre autres celui du capitaine de vaisseau Guyet que j'observai en juillet 1851. Il avait un hypospadias avec induration et rétrécissement considérable de l'orifice uréthral, qu'il fallut débrider. Un peu plus en arrière, était un rétrécissement non dilatable, qui fut incisé profondément, un troisième rétrécissement sous l'arcade pubienne fut dilaté. Mais le capitaine fut obligé

de prendre la mer; il fallut interrompre le traitement après qu'il eut appris à passer lui-même la bougie. Il en avait passé une le 29 juillet sans difficulté, et le lendemain il eut une hématurie très abondante qui dura près de deux jours et qui l'obligea d'ajourner son départ. A plusieurs reprises, et avant de subir un traitement, ce malade avait eu différentes hématuries qui le fatiguaient d'autant plus que les rétrécissements s'opposaient à la sortie des caillots. Les contractions énergiques de la vessie pouvaient être considérées comme la source de l'hématurie dans les premiers temps. Mais dans ce dernier cas, la même cause ne pouvait pas être incriminée, car depuis plusieurs semaines le capitaine urinait avec une grande facilité. Le malade avait-il introduit la bougie avec trop de force? cela se peut, car il n'était pas prudent; mais la quantité de sang rendu était trop grande pour supposer qu'elle vînt exclusivement du col vésical et de l'urèthre. Je pensai qu'il pouvait exister un fongus vésical; mais le malade étant obligé de partir, je ne pus rien entreprendre. D'ailleurs cet accident n'eut pas de suite. A l'exception d'un peu de chaleur et de faiblesse, l'état général était très satisfaisant dès le lendemain.

Quelques mois après, je fus consulté par M. Tolluire fils, des environs de la Rochelle, pour une hématurie dont il se préoccupait beaucoup; elle durait depuis deux ans, revenait à des époques variables, et durait quatre ou cinq jours chaque fois. Au moment où je le vis, il était épuisé, son urine pouvait contenir la moitié de sang. L'exploration répétée de la vessie avec la sonde et le lithoclaste me fit découvrir, vers l'insertion de l'uretère gauche, une tumeur qui limitai la marche des instruments dans la vessie et qui me parut volumineuse, mais indolente. La constitution de ce malade était encore bonne, les fonctions s'exécutaient avec régularité. M. Tolluire était pressé de retourner chez lui. Il n'y avait pas d'indication spéciale; je me bornai à conseiller au médecin ordinaire, M. Destrem, un traitement palliatif.

Mais il ne suffit pas de porter un diagnostic exact : il faut aussi apprécier le degré de la maladie, et déterminer les progrès qu'elle a pu faire; car le traitement que j'ai indiqué, et dont une longue expérience m'a prouvé l'efficacité, devient inutile, lorsque le malade est complétement épuisé, et que la rétention d'urine,

jointe à l'hématurie, a produit une perturbation trop profonde.

Je fus appelé, en 1839, pour sonder un ancien militaire, depuis longtemps sujet à des difficultés d'uriner, qu'il négligea tant que les douleurs furent supportables. La rétention finit par devenir complète, et lorsque j'arrivai près de lui les angoisses étaient extrêmes. Je retirai de la vessie une pleine cuvette d'urine noire et fétide, et des caillots sanguins en assez grande quantité. L'urèthre était très irritable, et la prostate tuméfiée. Le malade éprouva un grand soulagement; mais l'agitation persista, ainsi que la fièvre, et le délire survint le troisième jour. La sonde, introduite plusieurs fois par jour, n'amenait qu'un liquide épais, noirâtre et fétide. Des symptômes ataxiques se déclarèrent, et la mort eut lieu le huitième jour.

Un Espagnol, plus que sexagénaire, mais bien constitué, rendit un peu de sable rouge avec l'urine, et il n'attacha pas d'importance à ce phénomène. Quelques années après, ayant quitté Paris, il fut pris, en route, de difficultés d'uriner et même de rétention d'urine, qui le forcèrent de s'arrêter à Chartres, où l'on essaya de le sonder : au lieu d'urine, il ne sortit qu'une petite quantité de sang. Le malade revint à Paris, dans l'espoir d'y trouver de meilleurs soins. Il s'adressa d'abord à un praticien fort distingué, mais qui, n'ayant pas l'habitude de traiter ces sortes d'affections, ne s'aperçut point que la vessie formait une tumeur considérable à la région hypogastrique. La sensibilité de cette région, l'urine sanguinolente expulsée sans de grands efforts, et l'inclinaison de la tumeur à gauche, firent méconnaître la nature du mal ; on se contenta d'appliquer des sangsues et des cataplasmes émollients. Les accidents s'aggravèrent peu à peu, et le malade tomba dans un état comateux, qui effraya ses amis. Appelé alors seulement, je reconnus tout de suite que la tumeur était produite par la vessie, et je retirai immédiatement, avec la sonde, une grande quantité d'urine noirâtre et fétide. Cette évacuation débarrassa tout aussitôt le malade de ses douleurs abdominales et pelviennes; mais l'état général ne s'amenda pas, et la mort arriva le troisième jour. J'avais dû me borner à vider la vessie trois fois par jour, au moyen d'une sonde, par laquelle s'échappait un liquide toujours fétide et fortement teint de sang.

Le nombre est grand, malheureusement, des sujets qui suc-

ombent de cette manière, et que conserverait, sans aucun doute, une pratique plus éclairée. Mais les malades ont, en général, une grande répugnance pour le cathétérisme : beaucoup de chirurgiens ne s'exercent point assez à cette opération, et les médecins font trop souvent la médecine du symptôme.

Des divers cas que je viens de rapporter, et qu'il m'eût été facile de multiplier, il ressort un fait important, dont on ne tire pas assez parti dans la pratique, où néanmoins il devrait jouer un grand rôle : c'est l'aptitude des parois vésicales à laisser échapper du sang lorsque l'accumulation de l'urine détermine leur distension plus ou moins forte et prolongée. L'occasion ne manque pas d'observer ce phénomène; car on est souvent appelé à pratiquer le cathétérisme pour mettre fin à des rétentions d'urine, et de quelque cause que celles-ci dépendent, si elles sont complètes, si elles durent depuis plusieurs heures, si surtout le malade compte un certain nombre d'années, rien n'est plus commun que de retirer une urine plus ou moins sanguinolente. Et je ne parle pas ici du sang qui peut résulter de l'introduction de la sonde, puisqu'on distingue aisément celui-là, et que d'ailleurs on en évite sans peine l'écoulement, en procédant avec lenteur et sans efforts. Une circonstance prouve que le sang mêlé à l'urine ne dépend pas de l'action des instruments, comme on le croit trop généralement; c'est que si, après avoir débarrassé la vessie du liquide noirâtre que le premier cathétérisme amène au dehors, on y reporte la sonde, ou que le malade puisse uriner avant que le viscère soit surdistendu de nouveau, le liquide est moins brun, qu'il a même quelquefois sa teinte naturelle, et que, dans les cas les plus défavorables, sa sanguinolence diminue d'une manière progressive, bien que l'on continue de sonder.

Je rappellerai ici une observation que j'ai faite il y a une trentaine d'années. Je donnais des soins à un malade affecté d'un tel racornissement de la vessie, qu'il était obligé d'uriner tous les quarts d'heure. Après avoir employé sans succès une multitude de calmants, j'essayai d'augmenter la capacité de la vessie par des injections forcées d'eau tiède, tantôt simples, tantôt chargées d'opium et de belladone. Lorsque je poussais avec une certaine force, le liquide sortait teint de sang, tandis que, quand

j'agissais avec lenteur, en m'arrêtant dès que j'avais provoqué un pressant besoin d'uriner, le liquide revenait sans avoir changé de couleur. L'effet se reproduisit si souvent, qu'il ne me fut pas permis de douter que l'exhalation sanguine dépendait de la distension de la vessie. Depuis lors j'ai eu des occasions fréquentes de répéter l'expérience, et de la voir toujours suivie du même résultat. Quelquefois cependant le sang n'est pas venu, quoique l'injection eût été poussée avec assez de force pour déterminer une vive douleur et un besoin irrésistible d'uriner. Mais on ne peut conclure autre chose de ces faits négatifs rares, sinon que le phénomène n'a pas lieu chez tous les hommes, et effectivement il y a des rétentions d'urine, même fort anciennes, dans lesquelles on ne l'observe point.

A la catégorie dont je m'occupe en ce moment appartiennent un grand nombre d'hématuries qu'on avait rattachées à des causes plus ou moins hypothétiques, et pour lesquelles le traitement usité se réduisait à des formules purement empiriques; car, je le demande, que peut-on espérer de l'usage intérieur de l'eau de Rabel, et de tous les styptiques si généralement conseillés? Quel bien peuvent produire les antiphlogistiques, non moins fréquemment employés, si ce n'est lorsque la rétention d'urine, dont l'hématurie est la conséquence, dépend d'un état inflammatoire du col vésical? Et encore, même dans beaucoup de ces cas, convient-il mieux de pratiquer d'abord le cathétérisme.

Puisque la surdistension de la vessie est, à mon sens du moins, la plus fréquente de toutes les causes de l'hématurie, le praticien, appelé à combattre cette dernière affection, doit toujours commencer par rechercher si le viscère est distendu; car de toute évidence, lorsqu'il le trouve rempli, le véritable moyen de guérison consiste à le vider, et à faire ensuite qu'il se débarrasse aisément de son contenu. Les divers traitements qui conviennent contre les névralgies du col vésical, les rétrécissements de l'urèthre, l'atonie de la vessie, etc., trouveront plus tard, concurremment avec le cathétérisme, leur utile application.

2. *Hématurie chez les calculeux.*

La présence d'une pierre dans la vessie donne souvent lieu à un écoulement de sang, qui peut devenir assez considérable. La plupart des auteurs font jouer, sous ce rapport, un grand rôle aux aspérités qui garnissent la surface de certains calculs. Il est probable, dit Chopart, que l'hématurie provient du déchirement des vaisseaux de la tunique interne, lorsque des pierres rugueuses et flottantes froissent les parois du viscère. Mais l'observation démontre que les calculs hérissés ne donnent guère plus souvent lieu à cet accident que ceux dont la surface est lisse. Quoi qu'il en soit, l'hématurie dépend ici tantôt du frottement que le corps étranger exerce contre la face interne de la vessie pendant la marche, ou des mouvements communiqués comme ceux de l'équitation ou de la voiture; tantôt des contractions énergiques qu'exécutent les parois vésicales, lorsque, l'urine cessant de couler, elles viennent s'appliquer avec force sur la pierre. Dans ce dernier cas, le sang ne paraît que quand le malade a fini d'uriner, au moment où il souffre le plus, et éprouve le besoin de pousser violemment, afin de chasser les dernières gouttes de liquide.

Ces sortes d'hématuries sont toujours peu abondantes, à moins qu'il n'existe en même temps une lésion profonde des parois de la vessie, comme fongus, excroissances, ulcérations, circonstances que j'examinerai plus loin. Comme je me suis déjà occupé de ces hématuries dans le *Traité de la litrotritie*, je ne reviendrai pas sur les observations que j'ai présentées à leur égard. Il suffit de rappeler que le premier pas à faire est de s'assurer de l'existence du calcul, sans perdre de vue que, dans certains cas, le diagnostic présente des difficultés. Je connais bon nombre de malades chez lesquels on n'avait pas trouvé la pierre, et qui avaient suivi sans succès de longs traitements du ressort de la médecine. C'est surtout dans les cas de vessies à parois molles, flasques, à surfaces villeuses et peu susceptibles de se contracter, même sous l'influence des injections froides, que les méprises ont lieu. Souvent il m'a fallu répéter les explorations, et par des moyens divers, avant d'être fixé.

Une fois le corps étranger reconnu, la marche à suivre est

simple et facile. On ne doit s'occuper de l'hématurie qu'autant qu'elle fournit des inductions relativement aux caractères physiques de la pierre, aux lésions qu'elle a produites, ou à l'énergie des contractions vésicales. Sous ce dernier point de vue surtout, l'exhalation sanguine offre de l'intérêt, en ce qu'elle peut influer sur le choix de la méthode à mettre en usage pour débarrasser le malade.

3. *Hématurie par suite de lésions organiques.*

Nous avons vu, en traitant des lésions organiques du col et des parois de la vessie, notamment des fongus, des ulcérations, des cancers, que des écoulements sanguins, plus ou moins abondants, accompagnent souvent ces lésions, surtout lorsqu'elles ont pris un certain développement.

Ces hématuries frappent beaucoup les malades, ceux principalement qui ont peu souffert jusque-là, ou qui se sont fait illusion sur les conséquences des troubles qu'ils éprouvaient du côté de l'appareil urinaire. Or le nombre est grand des personnes qui, par insouciance ou par crainte, laissent acquérir un grand développement aux affections de la vessie, et ne se décident à prendre un parti que quand elles voient surgir quelque phénomène insolite, qui les frappe de surprise; l'apparition du sang dans l'urine est un de ceux dont elles se préoccupent le plus.

L'hématurie a, dans ces cas, pour le praticien une importance considérable. Elle l'avertit que la lésion organique a fait des progrès, et que la membrane muqueuse qui recouvre ou avoisine la partie malade est sortie de ses conditions normales. La quantité de sang qui s'écoule, la manière dont cette évacuation a lieu, les particularités dont elle est accompagnée, peuvent également lui fournir des lumières. Le moins qui puisse en résulter, c'est de faire sentir la nécessité de recourir à des moyens précis d'exploration, qui permettent de déterminer la nature, l'étendue et la gravité de l'état morbide dont l'exhalation sanguine est la conséquence. J'ai vu beaucoup de malades qui se croyaient affectés de la pierre, par la seule raison qu'ils rendaient [illegible]g avec l'urine, et, chez la plupart, j'ai reconnu qu'au lieu [illegible] supposé, il y avait quelque lésion organique du col ou [illegible] vessie.

Il est néanmoins des cas dans lesquels aucune des méthodes d'exploration dont l'art dispose aujourd'hui ne parvient à faire reconnaître la cause de l'hématurie, ceux, entre autres, dont la lésion ne fait pas saillie dans la cavité viscérale, spécialement les ulcérations dont M. Guyon a cité un exemple (*Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 292). Le malade souffre, et depuis longtemps; on remarque chez lui des signes de catarrhe, des difficultés d'uriner; mais ce que l'on découvre ne rend pas raison du délabrement de la santé, de l'état fébrile plus ou moins continu, effets qui ne sauraient être attribués à l'écoulement sanguin lui-même, puisque ce phénomène est purement secondaire, que le sujet souffrait et maigrissait avant de rendre des urines sanguinolentes, et qu'on peut perdre beaucoup de sang par l'urèthre sans que la santé générale soit atteinte. On a été conduit à admettre alors des hémorrhoïdes vésicales, et cela d'autant plus volontiers que fort souvent les malades ont été, ou sont encore tourmentés par de véritables hémorrhoïdes. Mais les autopsies ne justifient pas cette supposition. Rien n'est plus commun sans doute que de trouver l'appareil vasculaire plus développé que dans l'état normal. J'ai vu la membrane muqueuse, notamment près du col vésical, phlogosée, soulevée, noirâtre et parsemée d'arborisations; mais aucune altération semblable ne s'observait dans d'autres cas, où l'hématurie avait eu lieu également. Le même état se rencontre souvent aussi dans le catarrhe vésical, sans qu'il y ait eu vestige d'écoulement de sang pendant la vie.

Les explorations et l'examen des cadavres n'apprenant rien, force est de s'en tenir à ce qu'on remarque sur le vivant, quelque peu de valeur qu'aient les symptômes. Souvent, le cas est complexe. Ce n'est qu'après une série de troubles successifs dans les fonctions vésicales, que l'hématurie s'est établie, et qu'elle a acquis de la gravité. Presque toujours, l'urèthre est irritable, et a des parois plus ou moins dures; la vessie, paresseuse, fonctionne incomplétement. Le sang, mêlé avec l'urine, et dont la quantité s'accroît peu à peu, apparaît surtout sous l'influence de causes capables d'augmenter les difficultés d'uriner, comme les voyages prolongés, en voiture ou à cheval, les fortes contentions d'esprit, les excès de coït, les abus de certaines boissons. Souvent aussi, les fonctions digestives, la défécation surtout, ont éprouvé de

grands désordres. J'ai soigné un ancien employé aux postes, qui, après avoir ruiné sa constitution par des excès de tout genre, devint sujet à l'hématurie et à la gravelle. Excepté une atonie vésicale peu prononcée, je ne découvris chez lui aucune lésion de l'appareil urinaire, à laquelle l'évacuation sanguine pût être attribuée. Les injections et l'usage de la sonde pour aider la vessie à se débarrasser de son contenu, semblèrent produire une amélioration, qui ne se soutint pas ; à la vérité, les prescriptions furent mal exécutées. Le malade était découragé, et sa mobilité extrême ne lui permettait pas de s'astreindre aux exigences d'un traitement régulier et prolongé. Quelques semaines après, l'hématurie reparut, assez abondante pour faire naître des inquiétudes, mais sans cause appréciable. Il y avait une fièvre continuelle. Cette hématurie cessa au bout de trois jours. Plus tard elle récidiva, sans qu'il fût possible de la rapporter à une cause quelconque. Plusieurs mois après, je fus appelé de nouveau; le malade avait rendu un gravier auquel il attribuait la source de ses maux. Je dus le détromper : ce gravier était de formation récente, et n'offrait rien d'extraordinaire.

J'ai cité les voyages comme étant une circonstance propre à provoquer l'hématurie. J'ai vu plusieurs personnes qui, à la suite de voyages, même assez courts, ont rendu des quantités considérables de sang. Tel était, entre autres, un Anglais, chez lequel l'accident survint à son arrivée de Londres. Plusieurs fois déjà il avait eu des difficultés d'uriner, à la cause desquelles on n'avait pas remonté. Je n'eus pas de peine à me convaincre que la prostate, énormément tuméfiée, refoulait le col vésical en arrière, et elle déviait en haut. La vessie était paresseuse ; elle se laissait distendre par l'urine, et le sang arrivait ensuite.

Les tuméfactions partielles ou totales de la prostate, et les fongus du col de la vessie, compliqués d'atonie vésicale, sont les affections avec lesquelles coïncident un très grand nombre d'hématuries. Il y a là un enchaînement que le praticien ne doit pas perdre de vue. La lésion organique du col de la vessie a été la cause principale de l'atonie du viscère, et de ces deux causes réunies il résulte que, l'urine sortant avec peine, les parois s'écartent, se distendent, et que l'exhalation sanguine a lieu.

Mais, dans ces cas, la lésion organique agit d'une manière in-

directe, tandis que mon but spécial, ici, est l'étude de ceux dans lesquels le sang provient directement de la lésion elle-même. Ces cas sont les plus obscurs, les plus embarrassants et, en même temps, les plus graves.

En 1843, se présenta à l'hôpital un homme dont j'explorai la vessie avec le plus grand soin, tant à l'aide de la sonde qu'avec le lithoclaste. Je ne découvris aucun vestige du fongus dont j'avais soupçonné l'existence, à raison de la quantité considérable de sang qui était rendue depuis longtemps avec l'urine, et surtout de l'odeur fétide et nauséabonde que celle-ci exhalait, et qu'on retrouvait dans les caillots sanguins, et même dans le liquide qui avait servi aux injections. Le malade succomba au bout de quelque temps, et l'on trouva, vers le bas-fond de la vessie et sur le trigone, une large surface parsemée de végétations fongueuses, très rapprochées, de nature cancéreuse, mais ne faisant pour ainsi dire pas de saillie, ce qui n'avait pas permis de les reconnaître avec l'instrument. Il n'y avait pas, à proprement parler, ulcération ; mais les végétations étaient molles, grisâtres, et se déchiraient avec une grande facilité. On était d'autant plus fondé à penser que le sang venait de ce point, que le reste de l'appareil urinaire était pour ainsi dire à l'état normal.

Pendant que ce malade était sous mes yeux, je fus appelé auprès d'un autre, qui venait de Saint-Quentin, et qui me présenta un cas analogue. Ce dernier, d'une forte constitution, rendait, depuis huit mois, avec l'urine, une grande quantité de sang, qui formait quelquefois des caillots fort difficiles à expulser. C'était surtout après la marche que l'hématurie devenait plus abondante. Le malade ayant perdu l'appétit et le sommeil, et se voyant maigrir, malgré tous les moyens employés, vint à Paris. L'urèthre était fort irritable, la vessie se vidait difficilement, et d'une manière incomplète. Le traitement ordinaire des névralgies, et les injections d'eau froide dans la vessie, produisirent de l'amélioration ; mais l'hématurie persista, et devint très abondante à la suite d'un voyage que le malade fit à Saint-Quentin, et qui le fatigua beaucoup. A dater de ce moment, son état empira. Deux fois j'explorai la vessie, avec la sonde, sans rien découvrir. L'irritabilité excessive de ce viscère, malgré les injections répétées, me détourna de faire une exploration avec le lithoclaste ou le

trilabe. Le mal d'ailleurs faisait des progrès si rapides, qu'on ne pouvait pas espérer de l'arrêter. Dans une consultation, il fut décidé qu'on injecterait dans la vessie, à titre d'essai, une faible solution d'azotate d'argent. La quantité de sang augmenta de plus en plus malgré la ratanhia, les injections froides, les applications de glace et tous les moyens du ressort de la médecine, qu'on avait employés déjà, et dont on augmenta la dose. Tout fut inutile, le malade succomba à la suite de nausées, de vomissements, de défaillances successives, de décoloration de la peau. On reconnut à l'autopsie que les reins étaient ramollis. Le gauche, un peu plus gros que l'autre, était livide, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. A la face postérieure de la vessie on trouva un fongus qui formait une légère saillie dans l'intérieur de l'organe. Le sang, dont la vessie était remplie, nous parut venir de ce fongus, que nous n'avions pas soupçonné pendant la vie.

Que l'état des organes ne permette pas de recourir aux explorations, ou que la nature de la lésion ne soit pas susceptible d'être constatée par elles, il peut arriver, comme nous venons de le voir, qu'on ne reconnaisse point la source de l'hématurie et la lésion qu'il faut combattre. C'est précisément ce qui a lieu lorsque la production morbide ne fait pas saillie dans la vessie, ou qu'elle occupe un point inaccessible aux moyens d'exploration. Ces cas sont moins rares qu'on ne pourrait le penser; depuis quelques années j'en ai vu plusieurs dans ma pratique particulière. Un certain nombre ont été observés, en outre, par d'autres praticiens, notamment par M. Rayer (1). Tous font le désespoir des chirurgiens et des malades. Il est rare qu'on parvienne à arrêter le sang d'une manière définitive. Les malades succombent, et trop souvent, on n'a même pas la satisfaction de s'assurer, par l'autopsie, de la nature du mal qu'on a vainement essayé d'enrayer.

Parmi les cas de cette espèce qui se sont offerts à moi, j'en citerai un qui démontre la difficulté du traitement, et l'incertitude du diagnostic. Il s'agit d'un de ces malades qui rendent par l'urèthre, tantôt accidentellement, tantôt d'une manière continue, une certaine quantité de sang mêlé à l'urine, sans qu'il

(1) *Traité des maladies des reins*. Paris, 1841, t. III, p. 805.

soit possible de reconnaître quelle est au juste la cause de cette exhalation. La plupart du temps on trouve alors plusieurs causes réunies, à chacune desquelles il est difficile de faire sa part. Ces cas sont les plus embarrassants pour le praticien. Les sujets qui les présentent sont, presque toujours, très irritables, très mobiles, depuis longtemps affectés, découragés par des traitements qui, souvent, n'ont encore été inutiles que par défaut de persévérance dans leur emploi; en sorte que quand l'hématurie se déclare, le mal a déjà fait de grands progrès.

Un médecin de Paris, d'un tempérament nerveux, facile à impressionner, était atteint depuis longtemps d'une irritation névralgique du col vésical, avec atonie de la vessie; de là un trouble habituel dans l'excrétion de l'urine, qui le faisait beaucoup souffrir. Des explorations multipliées, faites par divers chirurgiens, donnèrent la certitude que la vessie ne contenait pas de corps étranger, que la prostate était légèrement tuméfiée, et que l'urèthre était libre. Le malade avait ressenti, à différentes époques, des douleurs vagues et passagères dans diverses parties du corps; plus d'une fois il avait eu par l'anus des évacuations sanguines, qui avaient fait craindre l'existence d'une lésion organique de cet intestin. Les moyens que j'ai coutume d'employer contre les névralgies uréthrales n'eurent qu'un demi-succès, lequel ne se soutint même pas, et de temps en temps, la nuit surtout, le malade était obligé d'introduire la sonde pour aider sa vessie à se débarrasser de l'urine. Un jour, la sonde se trouva arrêtée à la partie membraneuse de l'urèthre; les efforts réitérés du malade firent sortir du sang, qui venait évidemment du canal, puisque, quand l'instrument eut pénétré dans la vessie, l'urine sortit limpide. Mais bientôt celle-ci devint sanguinolente, et le sang y était assez abondant pour former de nombreux caillots. Cependant, l'accident se dissipa et l'urine revint à l'état normal. A la vérité, elle n'y demeura pas longtemps. Les difficultés d'uriner se reproduisirent; le malade souffrait constamment dans l'excavation pelvienne, spécialement au rectum; il y avait, de temps à autre, des traces de catarrhe vésical, et l'urine était surtout chargée de sang, lorsqu'il fallait recourir à la sonde. Du reste, l'appétit était bon et le sommeil réparateur, interrompu seulement plusieurs fois chaque nuit par les besoins d'uriner.

Ce qui rendait le cas grave, c'était l'anxiété extrême du malade, sa mobilité, son irrésolution, qui le mettaient hors d'état de suivre un traitement régulier. A peine obtenait-il un léger soulagement, qu'il renonçait à tout; d'ailleurs, quelques antécédents, les sensations et les troubles des fonctions du rectum ne permettaient pas de douter que cet intestin n'eût été le point de départ des accidents; la vessie, et surtout le col vésical, qui étaient alors les parties les plus affectées, n'avaient été pris que secondairement. A la fin, le malade perdit tout courage; la santé générale, qui était demeurée assez bonne jusqu'alors, se dérangea à son tour, et les progrès de l'affection locale, quoique lents, finirent par rendre l'existence insupportable, malgré tous les calmants auxquels on eut successivement recours.

Les malades, même les plus éclairés, sont mauvais juges de leur état. Celui-ci m'en fournit une nouvelle preuve. Il déplorait sans cesse l'insuffisance des ressources de l'art, et ne comprenait pas qu'elle venait tout entière de lui. Il aurait voulu guérir en quelques jours, en quelques heures, et il était atteint d'une affection grave, ancienne, compliquée, intéressant plusieurs organes. Personne ne savait mieux que lui qu'une semblable lésion ne peut céder qu'à des traitements longs, habilement combinés et exécutés avec ponctualité; mais il n'appliquait pas ce précepte à sa personne.

L'introduction de la sonde, à laquelle il procédait avec trop de précipitation, a contribué indubitablement à déterminer chez lui l'hématurie, et, bien que le sang vînt alors spécialement du col vésical, il était parfois assez abondant. Mais plus d'une fois aussi, du sang a paru dans son urine, en l'absence de tout cathétérisme. D'un autre côté, il y avait atonie de la vessie, l'urine distendait ce viscère outre mesure, et alors une exhalation sanguine se faisait à sa surface. Quelquefois, cependant, l'hématurie avait lieu, bien que la vessie se vidât d'une manière assez complète; de telle sorte que le sang, provenant tantôt de la vessie, tantôt de l'urèthre, se montrait dans les circonstances les plus variables. Ce qu'il y avait de constant, c'était l'irritation douloureuse du rectum, et le trouble déjà fort ancien des fonctions de cet intestin. Sous l'influence de cette irritation, il s'établissait une congestion sanguine vers les organes urinaires,

et la moindre cause suffisait ensuite pour provoquer l'exhalation. J'ai cru remarquer que le même phénomène se produisait dans certaines maladies de la matrice, qui, à une époque quelconque de leur développement, s'accompagnent aussi, quelquefois, d'hématuries plus ou moins abondantes.

4. *Hématurie dans l'inflammation de la vessie.*

Les inflammations vives de la vessie entraînent quelquefois une hématurie, qui peut persister pendant la plus grande partie de la période aiguë. Le traitement est alors celui de la cystite, car l'hématurie n'en exige aucun pour elle-même; elle annonce que la phlegmasie est portée à un haut degré. Quant à celle qui coexiste avec le catarrhe vésical, je m'en occuperai en traçant l'histoire de cette dernière maladie.

C'est à l'inflammation, ou tout au moins à l'irritation de la vessie ou des reins, que paraissent devoir être rapportées des apparitions de sang dans l'urine, qu'il serait assez difficile d'expliquer autrement.

J'ai vu l'usage immodéré des truffes déterminer l'hématurie à plusieurs reprises, et le fait s'est reproduit assez souvent, chez un de mes malades, pour qu'on ne pût conserver aucun doute sur l'influence de cette cause.

Un étudiant en médecine, parvenu à la fin de ses études, ne quitta sa chambre, pendant trois mois, que pour aller passer ses examens devant la Faculté. Pendant tout ce temps, il travailla avec opiniâtreté, se nourrissant mal, fumant sans cesse, et prenant beaucoup de café et d'eau-de-vie. Ce genre de vie lui attira une hématurie qui dura près de huit jours. A la vérité, le sang ne coulait qu'en petite quantité, et souvent l'urine était à peine teinte. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les premières éjaculations spermatiques furent également sanguinolentes. La suspension des travaux, et un changement dans la manière de vivre, amenèrent la cessation des accidents.

Il n'est pas rare de voir survenir l'hématurie à la suite des injections de baume de copahu ou de teinture de cantharide, employées contre la faiblesse de la vessie et l'incontinence d'urine. J'en ai cité quelques exemples dans le chapitre précédent,

et j'aurais pu sans peine en rapporter un plus grand nombre, car les injections irritantes sont depuis quelque temps devenues un objet de mode pour certains praticiens.

J'ai été plusieurs fois en position d'observer les suites graves qu'entraîne ou peut entraîner l'usage des cantharides, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; une foule de faits, consignés dans les auteurs, attestent qu'il résulte souvent de là des hématuries graves.

5. *Hématurie à la suite de coups, de violences, d'ébranlements.*

Fabrice de Hilden cite le cas d'un jeune homme fort et robuste, qui se heurta le périnée contre l'angle d'un banc, en sautant. Il n'y eut pas de plaie à l'extérieur, et la douleur, très-vive d'abord, s'apaisa bientôt. La nuit suivante, le malade rendit une grande quantité de sang, ce qui l'affaiblit beaucoup.

Sœmmerring dit que l'ébranlement communiqué à la vessie par l'équitation ou une voiture mal suspendue peut donner lieu à l'hématurie, et l'on cite surtout, à ce sujet, l'exemple de l'illustre Paré (1), qui fut atteint de cet accident à la suite d'un voyage en poste pour se rendre au camp de Perpignan. J'ai bien rencontré quelques hématuries chez des personnes qui s'étaient trouvées dans l'un ou l'autre de ces deux cas; mais il y avait chez elles d'autres causes, d'une grande importance, telles que la paresse de la vessie, des excroissances fongueuses au col vésical, etc. L'hématurie n'est pas sans exemple non plus dans les corps de cavalerie; mais là, aux fatigues du service se joignent diverses influences, telles que les intempéries des saisons, l'abus des boissons alcooliques et autres. Pour être fondé à dire que l'équitation produit l'hématurie, il faudrait s'être assuré qu'aucune circonstance additionnelle n'a pu contribuer à faire naître le phénomène, et jusqu'ici on n'a pas même songé à douter. Quant à moi, je n'ai point encore vu de cas dans lequel l'exercice du cheval ait, à lui seul, déterminé la sortie du sang avec l'urine.

Dans un cas rapporté par Stahl, un voyage en voiture occasionna une hématurie grave. Mais le malade était dans un état

(1) *Œuvres complètes*, édition publiée par J.-F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 500.

d'ivresse, qui pouvait entraîner la paresse de la vessie et sa distension par l'urine, états que nous avons vus jouer un si grand rôle dans la production de l'écoulement sanguin qui se mêle à la sécrétion rénale. Les choses ne furent pas envisagées sous ce point de vue; on admit une rétrocession de rhumatisme, et une conséquence du flux hémorrhoïdal.

6. *Hématurie dépendante des variations atmosphériques.*

Les intempéries de l'atmosphère figurent parmi les causes propres à produire l'émission du sang par les voies urinaires. Les chirurgiens militaires ont eu occasion de voir, en Égypte, des hématuries assez graves, qu'on attribuait spécialement à la haute température de cette contrée ; notre célèbre Dubois en fut atteint un des premiers, et ce fut la principale cause de son retour précipité.

Les voyageurs et les praticiens d'Europe qui exercent sous les tropiques, nous apprennent qu'en divers endroits l'hématurie est endémique, tantôt accompagnée de la gravelle, tantôt indépendante de cette maladie. J'ai démontré ailleurs que la pierre et la gravelle ne sont point rares dans les pays chauds, et que la gravelle s'y accompagne de symptômes très-graves, au premier rang desquels figure l'hématurie Du reste, l'hématurie endémique peut offrir toutes les variétés imaginables. Parmi les indigènes, les enfants y sont plus sujets que les grandes personnes. Les étrangers qui vont s'établir dans les contrées équatoriales ne tardent souvent pas à en être atteints. Quelquefois, elle cesse pour ainsi dire d'elle-même, et dans d'autres circonstances elle résiste à tous les traitements, même au changement de climat. Du reste, elle a souvent lieu sans douleur, et parfois aussi elle s'accompagne d'accidents fort graves. Ce qui frappe le plus, c'est que des sujets d'une complexion assez faible puissent perdre impunément, pendant longues années, de trente à soixante grammes de sang par jour, sans que la santé se dérange.

Lorsque l'hématurie a duré pendant longtemps dans les pays chauds, l'habitude que l'économie a contractée de cette évacuation fait qu'elle persiste ou se reproduit dans les régions tempérées, en affectant les formes les plus variées.

7. *Hématurie par lésion de la vessie dans le cathétérisme.*

On a beaucoup parlé des désordres que peut produire la sonde, lorsqu'elle est dirigée par une main inhabile. Sans revenir ici sur des questions que j'ai longuement étudiées dans le second volume de ce Traité, je ferai observer que, dans certains cas, l'hématurie ne paraît pas avoir d'autre cause, soit que la lésion existe au col vésical, soit qu'on la rencontre dans l'intérieur du viscère. Je n'entends pas parler ici de celle qui peut survenir dans la cystotomie ou à la suite des plaies pénétrantes dans l'excavation pelvienne : il en a été question ailleurs. Le fait suivant, publié par Home, mérite d'être cité. Un septuagénaire éprouvait de fréquents besoins d'uriner, difficiles à satisfaire, et même, de temps en temps, des rétentions complètes d'urine. La sonde, arrivée au col de la vessie, fut arrêtée : cependant elle pénétra, et fit sortir deux litres environ d'urine. Le malade put ensuite uriner, mais d'une manière incomplète Dans un moment où la vessie était distendue, il survint une hématurie qui dura sept heures : on évalua à trois litres l'urine et le sang qui furent rendus à peu près en parties égales. Le lendemain, distension énorme de la vessie par de l'urine sanguinolente. L'hématurie se représenta deux fois encore, et au bout de trois semaines, le malade périt d'épuisement. Les parois vésicales étaient épaissies, et la membrane lacérée par trois rangs de piqûres, qui furent attribuées à l'instrument. L'auteur pense que le sang provenait de ces piqûres. Il ajoute que l'hémorrhagie arrivait quand la vessie était distendue, et non lorsqu'on introduisait le cathéter. Suivant lui, la distension de l'organe devait ouvrir les piqûres, dont le sang coulait, pour aller se déposer au fond du viscère. Cette explication fort singulière prouve que Home n'avait pas observé tout ce qui se passe dans les cas où la vessie est distendue outre mesure.

J'ai vu plusieurs fois des hématuries, même fort abondantes, à la suite de cathétérismes qu'on avait lieu de croire très régulièrement exécutés; mais presque toujours alors on découvre soit au col, soit dans l'intérieur de la vessie, des particularités qui rendent raison du phénomène. Ce sont ordinairement, ou des hernies muqueuses vésicales, ou des tumeurs fongueuses ra-

mollies, ou des boursouflements de la membrane muqueuse qui tapisse le col vésical. Le simple frottement de la sonde, et même d'une bougie molle sur ces productions, suffit souvent pour provoquer des écoulements sanguins qui effrayent par leur abondance. Le dernier malade sur lequel j'ai observé un phénomène de ce genre était un calculeux. L'urèthre était libre, la prostate peu volumineuse; la sonde pénétra aisément jusqu'à l'orifice interne de l'urèthre, où elle fut arrêtée par une production de nature fongueuse. Il me suffit d'en relever l'extrémité oculaire pour la faire pénétrer, sans efforts, dans la vessie. L'exploration de cet organe ne présenta rien de particulier. La pierre, quoique petite, fut aisément découverte, et le malade souffrit si peu qu'on fixa au lendemain le jour de l'opération. Mais à peine fut-il placé dans un bain simple, que j'avais prescris, qu'il rendit du sang en abondance. Des caillots se formèrent dans la vessie, d'où ils ne furent expulsés qu'après de grands efforts. Huit jours après, retour spontané de l'hématurie, aussi très abondante. Le malade craignait de mourir d'épuisement; le sang s'arrêta de lui-même. Dix jours plus tard, je crus pouvoir pratiquer la lithotritie, qui eut tout le succès désirable. Contre mon attente, l'hématurie ne s'est pas reproduite.

8. *Hématurie périodique.*

Dans quelques cas, rares il est vrai, où l'observation la plus minutieuse ne fait pas découvrir la moindre cause à laquelle on puisse raisonnablement attribuer l'hématurie, le flux sanguin paraît être la conséquence d'une congestion sanguine vers les organes urinaires. C'est surtout alors qu'on lui voit prendre un type en quelque sorte périodique, soit chez la femme, après l'âge critique, soit chez l'homme, principalement lorsqu'il a été atteint d'hémorrhoïdes.

On trouve dans les auteurs, et la pratique nous offre, de loin en loin, des exemples d'hématuries ayant ce caractère. Lorsque ces écoulements ont succédé à des flux menstruels ou hémorrhoïdaux, on les a considérés comme des métastases, comme des hémorrhagies supplémentaires ou succédanées; et c'est surtout la substitution de l'hématurie aux hémorrhoïdes fluentes qui a

fait admettre les hémorrhoïdes vésicales dont j'ai parlé précédemment. Loin de moi la pensée de nier l'influence que la suppression d'une évacuation sanguine habituelle peut exercer quelquefois sous ce rapport; je l'admets d'autant plus volontiers qu'il s'est présenté des cas dans lesquels on ne pouvait la révoquer en doute. Mais ce qu'il faut regretter, c'est qu'on ait trop étendu la portée de cette influence, qu'on l'ait généralisée, quand il fallait peut-être la réduire au cadre étroit des faits exceptionnels; c'est qu'enfin l'on n'ait pas tenu compte de l'état des organes urinaires avant ou pendant l'émission du sang, et qu'on ait négligé les exemples nombreux d'hématuries périodiques, survenues chez des personnes qui n'étaient assujetties auparavant à aucune évacuation sanguine régulière. Cependant, l'hypothèse mise de côté, il reste le fait incontestable, que je ne tenterai pas d'expliquer, à savoir que certaines hématuries reviennent à des époques réglées, et qu'une fois la périodicité établie, elle se maintient quelquefois très longtemps.

L'hématurie périodique, surtout lorsqu'elle est déjà ancienne, présente une circonstance remarquable : elle n'incommode point le malade, elle ne le fait pas souffrir. Le sang qui s'échappe d'abord est presque pur, notamment si le flux a lieu avec rapidité; à mesure que celui-ci se ralentit, le liquide devient moins rouge, prend une teinte noirâtre, et se mêle à l'urine, qui, peu à peu, reprend sa couleur normale.

On a vu, et Chopart en cite un exemple, des femmes qui, aux époques menstruelles, avant, pendant ou après l'apparition des règles, étaient atteintes d'une hématurie offrant d'ailleurs des différences infinies, relativement à la quantité de sang rendu et à la marche de l'écoulement. Ces irrégularités n'ont rien de surprenant, puisqu'il s'agit en général de personnes nerveuses, vaporeuses, chez lesquelles la menstruation se fait mal, et s'accompagne de perturbations considérables. On cite des femmes qui ont rendu ainsi des quantités énormes de sang par l'urèthre, sans que la constitution en souffrît.

Parmi les cas d'hématurie périodique qui se sont offerts à moi, je citerai le suivant : M. D... avait été opéré par le procédé de la lithotritie, et quoique la prostate fût engorgée, l'opération n'avait ni présenté de grandes difficultés, ni entraîné beaucoup de dou-

leurs : le rétablissement fut prompt et complet. Quelques mois après, sans cause appréciable, une grande quantité de sang sortit avec l'urine, sans être précédée ou accompagnée de véritables douleurs ; la santé demeura aussi bonne qu'auparavant. Tous les mois ensuite, et quelquefois à des époques plus rapprochées, la même évacuation s'est reproduite. Jamais on n'a pu la rattacher à aucun état morbide, à aucun trouble fonctionnel. La seule chose à faire remarquer, c'est que M. D... a un embonpoint considérable, qu'il se nourrit très bien, et qu'il travaille énormément pour compléter l'important ouvrage qu'il a entrepris sur l'état des arts au moyen âge. Fatigué des divers moyens auxquels on avait recours pour prévenir le retour de ces évacuations périodiques, parfois très abondantes, il a fini par ne plus rien faire. Au bout de quelques mois les pertes se sont éloignées, puis elles ont presque entièrement disparu, sans qu'il y eût rien de changé ni à son régime ni à ses habitudes de travail, et bien qu'il ait fait depuis un long et fatigant voyage.

9. *Hématurie critique.*

Beaucoup d'auteurs parlent d'évacuations sanguines spontanées par l'urèthre, qui ont amené la terminaison de maladies graves. On a considéré ces hématuries comme des efforts salutaires de la nature, comme de véritables crises. Je n'ai jamais rien observé de semblable, et je pense qu'on a fort bien pu se méprendre sur la véritable cause du phénomène observé. En effet, dans plusieurs des maladies dont la solution lui est attribuée, on rencontre l'atonie de la vessie, la stagnation de l'urine et des lésions des parois vésicales, spécialement du col, sur lesquelles la plupart des médecins ne fixent pas leur attention. Or, nous avons vu que ces états sont précisément ceux qui provoquent le plus fréquemment des exhalations sanguines dans l'intérieur de la vessie. Ne serait-il pas possible que les hématuries qu'on a considérées comme des crises, fussent tout simplement des accidents, des conséquences d'un état morbide inaperçu? Je n'émets qu'un doute, et je n'entends rien enlever aux faits anciens de leur valeur; mais il me paraît évident que les hématuries critiques, telles qu'on les présente, réclament de nouvelles recherches, faites avec plus de sévérité.

On peut considérer, comme une espèce particulière, l'hématurie qu'on observe à une époque avancée de la vie, surtout en raison de sa fréquence. J'ai vu un grand nombre de vieillards, plusieurs même appartenant à la même famille (les frères Gay), qui rendaient depuis longtemps du sang avec l'urine, tantôt d'une manière continue et tantôt à de faibles intervalles. Dans certains cas graves, qui paraissaient être au-dessus des ressources de l'art, je n'ai pas pu faire de recherches dans la crainte d'aggraver la position des malades. Dans d'autres, moins avancés, ces recherches m'ont appris que très souvent il existait une pierre, une lésion du col de la vessie ou de la prostate. Ces cas rentraient dans la catégorie de ceux que j'ai déjà examinés. Mais chez plusieurs sujets je n'ai rien découvert qui pût expliquer l'hématurie existant depuis longtemps, et ayant résisté à tous les moyens du ressort de la médecine proprement dite. Ces cas sont fort embarrassants. N'étant pas fixé sur la nature de la lésion, le chirurgien n'a d'autre guide que l'écoulement sanguin lui-même, qui varie à l'infini.

Art. III. — De la fréquence relative de l'hématurie aux différents âges de la vie.

Sous le rapport des âges, l'hématurie est tout l'opposé de l'incontinence d'urine. Celle-ci appartient de préférence aux enfants qui, du moins dans nos climats, sont fort peu sujets à l'émission du sang, même lorsque leur vessie renferme un calcul. Il est même assez rare que les explorations avec le cathéter, ou l'opération de la lithotritie, déterminent un écoulement sanguin chez eux; ou, s'il s'en déclare un, il est peu abondant, en comparaison de ce qu'on observe aux autres époques de la vie. Ce phénomène n'a guère lieu que dans les cas de vessies racornies, qu'on cherche à distendre par des injections forcées.

C'est dans la vieillesse, surtout, qu'on observe les hématuries, notamment la plus commune de toutes, celle qui tient à l'atonie de la vessie, à sa surdistension, ou au développement de fongus et de tumeurs prostatiques. On avait pensé que cette fréquence dépendait du plus grand développement des vaisseaux sanguins. Il est bien constant, à la vérité, que les lésions dont la vessie de-

vient si souvent le siége chez les vieillards, entraînent, le plus ordinairement, de telles modifications de structure, que l'on y trouve les vaisseaux sanguins plus prononcés. Mais la connexion qui peut exister entre cette disposition anatomique et l'hématurie, ne se présente pas d'une manière bien claire à l'esprit. Néanmoins, il ne faut pas se dissimuler que, chez le vieillard, ou du moins vers le commencement de la vieillesse, les habitudes de la vie, qui ont fait et qui font encore affluer le sang, avec abondance, vers les organes contenus dans le petit bassin, favorisent la manifestation de l'hématurie. Joignons à cela, les constipations souvent opiniâtres, les efforts qu'elles entraînent, une nourriture trop succulente et hors de proportion avec les pertes de l'organisme, enfin, un état des organes génitaux, qui fait que l'homme âgé demeure souvent dans un état prolongé d'érection.

Art. IV. — Du diagnostic de l'hématurie.

La gravité de l'hématurie dépend de la maladie dont ce phénomène est la conséquence. Si la sortie du sang tient à une surdistension passagère de la vessie, à l'usage de substances âcres et irritantes, à des excès, à des écarts de régime, elle cesse généralement lorsqu'on détruit la cause qui lui donne naissance : souvent même, on n'a besoin de recourir à aucun traitement spécial. Mais l'hématurie peut être un accident fort grave, lorsqu'elle se rattache à une lésion profonde des reins et de la vessie. La manière dont l'écoulement s'est manifesté, son abondance, sa durée, la facilité avec laquelle il reparaît à des époques rapprochées, la forme qu'il affecte, sont autant de circonstances qui influent sur le pronostic.

On a regardé comme un phénomène plutôt utile que nuisible l'émission du sang par les voies urinaires, qui succède à la suppression d'une évacuation périodique ; les réflexions que j'ai présentées plus haut donnent à penser que cette opinion s'est peut-être accréditée un peu à la légère.

L'écoulement sanguin a été vu quelquefois assez abondant pour compromettre la vie du malade. Fabrice de Hilden en cite un exemple : l'hématurie existait depuis trois semaines, et la

malade n'en avait point parlé par pudeur. Dans ces cas, heureusement rares, on ne saurait mettre ni trop de réserve à l'égard du pronostic, ni trop d'empressement à administrer des secours. Les contre-indications ajoutent encore au danger : les malades sont réduits à un tel degré d'épuisement qu'on ne peut recourir aux saignées ; ils supportent difficilement les applications froides, et les toniques à l'intérieur sont tantôt interdits, tantôt sans effet. Par bonheur, il n'est pas impossible, même alors, que des explorations convenablement dirigées fassent découvrir la cause de l'évacuation sanguine, et qu'un traitement rationnel parvienne à l'arrêter. Un des malades, dont j'ai parlé, avait rendu beaucoup de sang depuis trois jours ; la faiblesse était extrême, le pouls petit et fréquent ; dès qu'on eut bien déterminé la nature de l'hématurie, il devint facile de l'enrayer, et les symptômes, après avoir diminué d'une manière progressive, finirent par disparaître entièrement.

Le danger n'est pas toujours en proportion de l'abondance du sang ; j'ai connu des malades qui en perdaient beaucoup depuis plusieurs jours, et qui se trouvaient à peine affaiblis, quoique leur constitution n'offrît pas de grandes ressources. Chez d'autres, au contraire, un écoulement passager et peu copieux avait suffi pour les abattre à un point extraordinaire. Un sujet, cité par Van Swieten, perdit quatre kilogr. de sang en peu d'heures, tant sous forme liquide qu'en caillots, dont la sortie lui causa beaucoup de douleur ; cette hématurie, résultat de grands exercices d'équitation, se reproduisit au bout de quelque temps, sous l'influence de la même cause ; néanmoins le malade ne succomba, plus tard, qu'à une hydropisie. Tartra a rapporté un exemple de mort à la suite d'une évacuation de sang qui n'avait rien d'extraordinaire dans sa quantité, et Sœmmerring parle d'un homme qui mourut de saisissement, en voyant qu'il rendait du sang par la verge. Mais, je le répète, ces cas sont rares ; peut-être même existait-il, dans ceux dont les annales de la science ont conservé l'histoire, des dispositions spéciales inaperçues, qui ont contribué à rendre l'issue funeste.

Art. V. — Du traitement de l'hématurie.

On a déployé contre l'hématurie un appareil thérapeutique imposant, dans lequel figurent en première ligne les saignées locales et générales, des applications émollientes, les boissons sédatives, en un mot, les antiphlogistiques. On a spécialement insisté sur les émissions sanguines, comme agent de déplétion ou de révulsion. Les boissons acidulées et astringentes, à raison de l'action spéciale qu'on leur suppose, sont employées avec une grande confiance. Parmi les médicaments les plus en crédit, je citerai les sucs d'ortie, de lierre terrestre et de feuilles de pêcher, l'eau de Rabel, le sang-dragon, le bol d'Arménie. Se montrer sobre en toutes choses, ne pas trop se couvrir dans le lit, éviter de se coucher sur le dos, et s'abstenir de l'exercice à cheval, sont autant de précautions qu'on présente comme étant très propres à favoriser l'action de ces divers moyens. Dans les cas les plus graves, on prescrit la diète, le repos absolu, l'abstinence des boissons, l'exposition du corps à l'air, les lavements froids, les fomentations vinaigrées, les applications de glace sur les régions du corps qui correspondent à la vessie. On vante le laudanum de Sydenham, joint à l'eau de fleurs d'oranger et à la liqueur d'Hoffmann. Lorsqu'on suppose que l'hématurie a été provoquée par des purgatifs drastiques, on conseille les tisanes mucilagineuses abondantes, les décoctions de salep, de sagou, de tapioka; si l'on soupçonne une influence gastrique ou hépatique, on administre des laxatifs, des purgatifs salins, et Sœmmerring disait qu'il ne craindrait pas de donner l'émétique. S'agit-il d'une émission de sang attribuée aux cantharides, on vante pardessus tout les émulsions camphrées, ou un mélange de lait et d'eau de chaux. La térébentine, la busserole, la digitale et mille autres substances comptent également des partisans.

Je ne comprends pas tous ces moyens dans la même réprobation. Il en est quelques-uns auxquels on ne saurait refuser d'être des auxiliaires utiles, dont le praticien ne doit pas dédaigner les secours. Mais, employés seuls, ils ne peuvent que rarement réussir, attendu qu'il n'attaquent pas le mal dans sa cause organique. D'ailleurs, ils ne sont pas seulement inutiles dans la

grande majorité des cas, ils ont encore l'inconvénient de faire perdre un temps précieux ; et les plus actifs d'entre eux, lorsqu'on les administre à haute dose, peuvent devenir directement dangereux. Chopart nous en fournit un exemple. Chez un septuagénaire, atteint depuis longtemps de douleurs vésicales et d'hématurie, ce dernier symptôme ayant été attribué à une rupture de vaisseaux variqueux du col de la vessie, on gorgea le malade d'astringents et d'eau de Rabel, dont la dose fut portée à deux grammes dans un verre d'eau sucrée. L'hématurie cessa, il est vrai ; mais, le lendemain, maux de tête, assoupissement, convulsions, mort. A l'ouverture du corps, on trouva la vessie largement dilatée, et présentant, à la base du trigone, une ulcération entourée de petites fongosités mollasses. Les adversaires des astringents ont prétendu qu'ils déterminaient une crispation, par suite de laquelle des ulcérations pouvaient succéder à l'hémorrhagie. L'action de ces médicaments a donc été envisagée sous un bien singulier aspect, soit qu'on prétendît en démontrer l'efficacité, soit qu'on voulût en expliquer les mauvais effets.

Quelque bizarre que soit l'assemblage des moyens préconisés contre l'hématurie, il ne surprend plus, dès qu'on réfléchit aux causes qui ont été assignées à cet accident : il prouve seulement que, dès qu'on part de suppositions gratuites, on ne saurait plus s'arrêter dans le champ des excentricités qu'elles suggèrent.

Si, laissant de côté les opinions émises touchant le mécanisme de l'émission du sang par les voies urinaires, on se borne à observer la nature, on voit qu'un traitement des plus simples suffit, ainsi qu'une expérience déjà longue l'a parfaitement démontré, pour la combattre efficacement. J'ai indiqué, dans l'exposé des faits, les principaux moyens dont ce traitement se compose : je n'aurai donc plus qu'à en présenter une courte récapitulation.

On a vu que, dans l'hématurie, abstraction faite de l'hémorrhagie uréthrale, le sang est presque toujours fourni par la surface interne de la vessie, et que son exhalation est, ordinairement, le résultat de la surdistension des parois de cet organe, par suite du séjour forcé de l'urine. La première indication est donc de vider la vessie, et d'empêcher que le liquide s'y accumule de nouveau. Le traitement rentre, dès lors, dans celui de l'atonie vésicale. Appliqué d'une manière convenable, et en temps

utile, ce traitement ne m'a jamais fait défaut. L'opportunité est ici une condition de rigueur. On comprend, en effet, que quand la maladie a cessé d'être locale, et que l'ébranlement imprimé à l'économie est assez considérable pour déterminer des accidents graves, il serait plus qu'inconsidéré de compter sur un procédé dont l'action est toute mécanique et purement locale. C'est dans les cas complexes qu'il convient de recourir aux moyens généraux ; et presque toujours aussi le résultat qu'on peut attendre de leur intervention, dépendant des progrès que le mal a déjà faits, on comprend combien il importe de prendre la maladie à son début, et combien les tergiversations, les tâtonnements, peuvent devenir dangereux.

Ici, de même que dans les autres états morbides de la vessie, l'emploi des premières sondes commande les plus grandes précautions, tant pour les introduire que pour les retirer, et pour régler l'écoulement du liquide. Comme l'urèthre et le col de la vessie sont presque toujours fort irritables, il faut prendre une sonde de trois millimètres, l'introduire avec beaucoup de lenteur, s'arrêter dès que le malade souffre, et s'il survient une épreinte, un besoin d'uriner, en attendre la fin, avant de faire cheminer l'instrument de nouveau. Lorsque celui-ci est parvenu dans la vessie, deux cas peuvent se présenter. Tantôt le liquide est projeté avec force : il faut alors, lorsqu'une partie de l'urine s'est écoulée, placer le doigt sur l'extrémité de la sonde, suspendre l'émission pendant quinze ou vingt secondes, et si la projection continue d'être forte, interrompre le jet une seconde, une troisième fois, afin que la vessie ne revienne pas sur elle-même avec trop de précipitation, et que, lorsqu'elle ne contiendra plus rien, elle ne s'applique pas avec trop d'énergie sur le bec de l'instrument. Tantôt, au contraire, l'urine coule pour ainsi dire en bavant, et tombe sans projection ; ici il est moins nécessaire de suspendre l'écoulement, qui se fait avec beaucoup de lenteur ; loin de là même, on doit, vers la fin, appuyer la main sur la région hypogastrique, ou engager le malade à pousser, comme s'il voulait aller à la selle. Dans le premier cas, il y a augmentation de la contractilité, et dans le second, diminution de la force expulsive, distinction importante à bien établir, car elle est d'une haute portée pour la direction à donner au traitement ultérieur.

Du reste, l'introduction de la sonde a fait connaître s'il y a ou non déviation du col vésical, effet d'un engorgement prostatique, ou s'il existe quelque tumeur fongueuse.

Ainsi, sans avoir besoin de se livrer à aucune manœuvre spéciale, on arrive, du même coup, à vider la vessie, et à constater l'existence d'une des trois dispositions morbides qui contribuent le plus à déterminer l'écoulement du sang. Mais la prudence commande de se borner à vider la vessie, au premier cathétérisme, surtout si le malade a beaucoup souffert, et si l'on soupçonne que le cas soit grave. Toute recherche tendant à faire acquérir les notions qui manquent encore, serait, à ce moment, intempestive : elle pourrait entraîner une réaction redoutable, notamment une cystite aiguë, qui est presque toujours mortelle en pareille occurrence.

Donc, lorsque l'urine aura cessé de couler, on retirera la sonde avec lenteur et ménagement; la plupart des praticiens vont trop vite lorsqu'ils l'enlèvent, aussi bien que quand ils l'introduisent. Au bout de deux à quatre heures, on reverra le malade pour savoir s'il a éprouvé des besoins d'uriner, et s'il a pu les satisfaire sans de grands efforts. Lorsque, comme il arrive d'ordinaire, l'urine n'est pas venue, on introduit la sonde, en se comportant de la même manière, et l'on procède ainsi durant plusieurs jours.

Dans l'hypertrophie vésicale, avec accroissement de la contractilité, les besoins sont fort rapprochés; on peut donc être obligé de sonder toutes les deux ou trois heures; mais quelquefois, alors, le sang s'arrête dès les premières introductions, et bientôt l'urine reprend son cours normal. Dans l'atonie vésicale avec atrophie, au contraire, les besoins, moins impérieux, reparaissent à de plus longs intervalles, et il suffit souvent de sonder deux ou trois fois par jour; on est même parfois obligé de le faire par pure précaution, sans attendre que la nécessité le commande : ici le sang ne disparaît pas aussitôt, et ce n'est guère qu'au bout de quelques jours que l'urine reprend sa couleur naturelle. En revanche, le traitement est moins douloureux; après quelques introductions de la sonde, l'urèthre s'accoutume à sa présence, et le malade ne souffre plus. On peut alors commencer à faire des injections, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de

l'eau froide, en usant des précautions que j'ai indiquées lorsqu'il a été question de l'atonie vésicale : la présence du sang annonce que cette atonie est parvenue à un degré de plus, et que, par conséquent, il faut redoubler de circonspection.

Il est rare que, sous l'influence de ces moyens, aidés de boissons abondantes, de lavements et de légers purgatifs, si rien ne s'oppose à ce qu'on les emploie, l'hématurie ne cesse pas, même d'une manière assez prompte. Le malade n'est plus atteint alors que d'une atonie vésicale simple, et le cas rentre dans la catégorie de ceux dont je me suis occupé à l'occasion du séjour forcé de l'urine dans son réservoir.

Si, cependant, l'urine continuait d'être sanguinolente, soit par moments, soit sans interruption, on devrait supposer d'autres causes, et, pour lever tous les doutes, il faudrait recourir aux explorations avec les instruments de la lithotritie. En général, on découvre alors, tantôt une lésion du lobe moyen de la prostate, tantôt une production fongueuse ou toute autre altération des parois vésicales, maladies à l'égard desquelles j'ai tracé la conduite à tenir.

Il y a des cas dans lesquels l'introduction de la sonde est accompagnée, à un degré plus ou moins notable, de difficultés et de douleurs. En outre, le malade peut ne pas être à même de recevoir, aussi souvent que son état l'exige, à raison du rapprochement des besoins d'uriner, les soins d'un praticien familier avec le cathétérisme. La sonde à demeure est alors indiquée ; mais ici plus encore que dans la simple stagnation de l'urine, on doit craindre que la présence continuelle de l'instrument n'entraîne une réaction difficile à maîtriser, comme je l'ai vu plusieurs fois, et tout récemment chez un des généraux de notre vieille armée. La sonde fatigue tellement certains malades, qu'on est obligé de l'ôter ; mais il n'est quelquefois plus temps : l'inflammation de la vessie a passé du mode chronique à l'état aigu, et la mort ne tarde pas à survenir. Donc, avant de se décider à placer une sonde à demeure, il faut apprécier avec soin le degré d'irritabilité du sujet, et notamment de l'urèthre et du col vésical, comme aussi la tendance de la vessie à entrer en contraction ; il faut surtout tenir compte des sensations que cet instrument détermine pendant son passage dans le canal. Si une

réaction paraît à craindre, on doit attendre un ou plusieurs jours, et continuer à sonder le malade aussi souvent que l'exigent les besoins d'uriner. Le passage réitéré de la sonde, conduite avec ménagement, émousse la sensibilité de l'urèthre, et prépare le sujet à supporter son contact permanent. Dès que l'instrument est en place, on surveille attentivement ce qui se passe dans la vessie, on se fait rendre un compte minutieux des sensations du malade, on examine bien la manière dont l'écoulement de l'urine a lieu. S'il y a de la douleur dans l'urèthre et du malaise général, si la vessie chasse l'urine avec force, dès qu'on débouche la sonde, si le malade souffre en finissant d'uriner, il faut se hâter de retirer l'instrument.

Tel est le mode de traitement que j'emploie contre les hématuries provenant de la distension des parois vésicales, soit qu'il y ait seulement spasme du col, avec atonie du corps, soit qu'il existe une déviation du col par un fongus ou par un engorgement de la prostate. Mais il est évident que de nombreuses modifications doivent y être apportées, selon les circonstances, et pour le prouver, je rapporterai un cas qui vient de se présenter à moi. Il paraissait simple et peu grave, l'hématurie était passagère, accidentelle; et, cependant, elle s'est montrée si opiniâtre que j'ai été obligé de recourir à des moyens divers, le traitement simple, qui vient d'être décrit, n'ayant point amené d'amélioration durable.

Un habitant de Cuba, âgé de cinquante ans, fortement constitué, mais très irritable, s'était livré à la masturbation dans sa jeunesse, et plus tard avait usé des femmes avec excès. De là résultèrent une forte irritation au col de la vessie, des besoins fréquents d'uriner, et des difficultés pour les satisfaire. Cette première attaque datait de vingt ans. Dès lors aussi le malade commença à souffrir dans les reins, mais ce ne fut que passagèment : il modifia son régime, se mit à l'usage de l'eau et renonça aux acides. Il y a deux ans, à la suite de l'exercice du cheval, le sang parut dans l'urine, en très grande quantité, avec difficultés extrêmes d'uriner et fortes douleurs à l'extrémité de la verge. On eut recours à divers médicaments, qui procurèrent du soulagement; mais les accidents se renouvelaient sous l'influence du moindre exercice. La traversée de New-York au Havre fut pé-

nible; il survint même un engorgement du testicule, qui n'existait plus lorsque je vis le malade. On avait déjà fait des explorations de la vessie, pour reconnaître s'il y avait une pierre. L'analyse des symptômes me conduisit à penser qu'il s'agissait d'une atonie vésicale, compliquée peut-être de fongus. Ayant trouvé l'urèthre fort irritable, j'employai d'abord les bougies, puis les injections froides. Le malade, qui avait éprouvé un mieux progressif, se crut guéri au bout d'un mois de traitement: il urinait avec facilité, sans douleurs; le sang n'avait plus reparu après la quatrième injection, et les mucosités que l'urine contenait depuis plusieurs mois, avaient considérablement diminué. Mais, à la suite d'une longue course en voiture, l'exhalation sanguine récidiva. Les injections froides furent continuées, et je prescrivis en même temps des douches chaudes d'eau de Baréges. L'état local et général s'amenda de nouveau; un second essai de la voiture ne rendit pas l'urine sanguinolente, et l'exercice à pied, même prolongé, ne causait pas de fatigue. Tout traitement fut suspendu pendant quelques jours. Le malade se hasarda alors à faire un petit voyage dans une voiture très douce; cette fois encore, l'urine fut teinte de sang, mais il n'y eut ni douleurs, ni difficultés d'uriner, et la santé ne souffrit pas. J'explorai la vessie avec le trilabe, qui me parut indiquer, soit de petites excroissances, soit un peu de boursouflement au col. Je fis une application transcurrente de caustique à l'orifice interne de l'urèthre. Le malade en fut fatigué, il eut un peu de fièvre, et rendit, pendant trois jours, avec de fortes cuissons, des urines légèrement teintes de sang. Ces accidents disparurent d'eux-mêmes; et, dix jours après, je pratiquai une nouvelle application de caustique, qui n'entraîna aucune suite fâcheuse. Une troisième et une quatrième cautérisations furent faites avec le même résultat, et la guérison finit par se consolider. Je remarquai que la vessie cessait de se contracter lorsqu'on restait quelques jours sans injecter de l'eau froide. Je conseillai donc de renouveler ces injections tous les cinq jours. Le malade les fit lui-même sans difficulté.

Dans les cas où les états nerveux de l'urèthre et du col vésical sont la principale cause du séjour forcé de l'urine dans son

réservoir, et par suite de l'hématurie, il faut leur opposer les moyens que j'ai fait connaître.

S'il existe un ou plusieurs rétrécissements uréthraux, on doit d'abord les détruire. Ici l'hématurie ne réclame pas de traitement spécial ; elle cesse dès que la cause n'existe plus. Il en est de même de l'affection calculeuse.

Les divers cas dont je viens de m'occuper embrassent la majeure partie de ceux qu'offre la pratique, et dans lesquels un traitement local, simple, d'une application facile, produit les plus heureux résultats. Mais il en est d'autres, en petit nombre, à l'égard desquels ce traitement ne présente pas les mêmes chances de succès. Il arrive quelquefois que l'urine continue d'être sanguinolente, au moins par intervalles, quoique l'urèthre et le col vésical ne soient plus irritables, et que la vessie ait recouvré le pouvoir de chasser son contenu. Les explorations ne font rien découvrir qui explique l'exhalation. On ne parvient même pas à déterminer si le sang tire sa source de la vessie ou des reins. Le sujet peut offrir alors des conditions de deux ordres fort différents : il jouit d'une bonne santé d'ailleurs, ou il est mal portant.

S'il y a fièvre lente, amaigrissement, trouble général des fonctions, on ne saurait demeurer inactif. Mais il faut beaucoup de prudence, et comme la maladie date toujours d'une époque assez reculée, le traitement est nécessairement long.

Dans un cas de cette espèce, chez un homme très irritable, livré au travail de bureau depuis plus de quinze ans, j'employai d'abord le traitement ordinaire des névralgies du col vésical et de l'atonie de la vessie. Le sang cessa de couler au bout de trois semaines ; mais il reparut un mois plus tard, sans que le malade eût commis la moindre imprudence. La vessie fonctionnait assez régulièrement ; l'urine ne contenait que de loin en loin quelques mucosités ; plus souvent elle était louche, et, à des intervalles très variables, le sang apparaissait, trop peu abondant pour former des caillots, mais en quantité suffisante toutefois pour colorer le liquide, qui avait même fréquemment une teinte noirâtre. Les injections d'eau fraîche produisirent d'assez bons effets, mais qui ne se soutinrent pas. J'eus alors recours aux douches froides sur l'hypogastre, le périnée et le sacrum. L'exhalation sanguine

cessa au bout de dix jours, puis bientôt elle reparut. La surface de la vessie était molle et comme veloutée. Je fis des applications légères de caustique au pourtour de l'orifice interne de l'urèthre. Les premières déterminèrent d'assez fortes douleurs, suivies d'un accès de fièvre, qui revint trois jours de suite. Cependant le malade s'accoutuma au caustique, dont cinq applications furent faites à huit jours d'intervalle. Le sang cessa de couler pendant six mois; mais l'hématurie se reproduisit encore, faiblement à la vérité, et cessa d'elle-même en peu de jours. Depuis lors, il y a eu deux fois par an de nouvelles attaques, trop légères néanmoins pour exiger un traitement. Le malade se borne à l'observance rigoureuse des préceptes de l'hygiène.

Ce cas a quelque analogie avec celui de l'habitant de Cuba; il en diffère en ce que l'état général du malade était plus mauvais, que les attaques d'hématurie se rapprochaient davantage, et qu'elles survenaient spontanément ; la quantité de sang rendue chaque fois était moins considérable, mais l'écoulement durait plus longtemps, et tendait à devenir continu.

Chez un autre malade, l'hématurie, fort abondante, était le résultat d'une atonie considérable de la vessie, avec tuméfaction énorme de la prostate. Le sujet, âgé de soixante ans, avait une constitution robuste, mais détériorée par des chagrins domestiques et d'opiniâtres travaux de cabinet. Depuis quelque temps surtout, il dépérissait d'une manière rapide. Le traitement dont j'ai posé les bases ranima la contractilité vésicale, fit disparaître le sang de l'urine, et mit la santé en voie de rétablissement; seulement, de loin en loin, et à des époques irrégulières, l'urine devenait encore sanguinolente. Cet état durait deux ou trois jours. Il était précédé de douleurs lombaires, de lassitude, d'affaissement et de mauvaises digestions, symptômes qui cessaient dès l'apparition du sang, dont les reins me paraissaient être la source. Je me suis contenté de prescrire des ventouses scarifiées sur les lombes, de légers purgatifs et des boissons acidules abondantes. Depuis un an, les attaques d'hématurie se sont éloignées, le sang est en petite quantité, et la santé ne souffre point. Je m'assure de temps à autre que la vessie remplit bien ses fonctions. L'urine n'est point projetée, mais elle coule sans efforts ni douleurs, et, à chaque besoin, le réservoir se vide entièrement. J'ai détourné

le malade de voyager ; la voiture pourrait lui occasionner une rétention d'urine, d'autant plus grave que la tuméfaction de la prostate rend le cathétérisme difficile ; et pour peu que la vessie restât surdistendue, l'hématurie ne manquerait pas de reparaître avec l'abondance qu'elle avait avant le traitement.

Quant aux hématuries qui reviennent périodiquement, à des époques plus ou moins régulières, sans trouble dans les autres fonctions, soit qu'elles succèdent au flux menstruel, aux hémorrhoïdes ou à toute autre évacuation sanguine, soit qu'elles se montrent indépendantes d'une autre hémorrhagie quelconque, il faut, surtout chez les vieillards, se borner au rôle d'observateur, et tout au plus essayer de modérer l'écoulement, s'il devient assez copieux pour inspirer des inquiétudes. On ne prescrira donc que de simples précautions hygiéniques, car il serait peu rationnel de fatiguer l'organisme par des remèdes empiriques et incertains, dirigés contre une affection qui n'a rien de grave, et qui cesse souvent d'elle-même. Peut-être chercherait-on en vain à la supprimer ; et dût-on y parvenir, il ne serait pas toujours prudent de le tenter, puisque l'économie, qui n'en souffre point, paraît s'y être habituée, et qu'au dire de graves auteurs, il pourrait résulter de sa brusque cessation, des désordres considérables, et même la mort. Au reste, les exemples sont assez rares de ces hématuries dites constitutionnelles, qu'on a cependant présentées comme étant communes. J'ajouterai que, dans aucun de ceux qui se sont offerts à moi, je n'ai observé la pâleur, la faiblesse, l'apathie, qu'on dit être leur cortége habituel. Mes malades étaient, au contraire, robustes, chargés d'embonpoint, et habitués à une nourriture trop substantielle ; quelques-uns ressentaient une sorte de malaise, ou de vagues inquiétudes, aux approches de l'évacuation sanguine, qui, chez d'autres, ne s'annonçait par aucun phénomène précurseur.

Quant au traitement de l'hématurie endémique des pays chauds n'ayant pas eu occasion de l'observer, je renvoie, pour ce qui le concerne, aux savantes et judicieuses recherches de M. Rayer (1).

Il est heureusement rare, dans l'hématurie, que le sang se

(1) *Traité des maladies des reins*, t. III.

prenne en caillots trop volumineux pour que l'urèthre puisse leur livrer passage. On en cite pourtant des exemples, et j'en ai vu quelques-uns. Chopart rapporte l'histoire d'un prêtre, atteint de cet accident, et dont l'écoulement cessa tout à coup, parce que des caillots bouchèrent le col de la vessie; l'hypogastre se tendit excessivement, la fièvre augmenta, et un léger hoquet survint. On eut recours aux saignées, aux bains, aux boissons diurétiques, puis au cathétérisme, aux injections; le tout inutilement. Les symptômes s'aggravaient de plus en plus, lorsque l'on imagina d'exercer une forte aspiration au moyen d'une seringue adaptée à l'extrémité d'une sonde introduite dans la vessie. Cette manœuvre réussit, l'urine se mit à couler, et le malade guérit. M. Félix Pascal (1) parle d'un septuagénaire qui fut pris de rétention d'urine, à la suite d'une débauche; on tenta de le sonder sans y parvenir. Le malade souffrit beaucoup, et au lieu d'urine rendit une grande quantité de sang. M. Pascal ne fut pas plus heureux que ses prédécesseurs; l'urine ne sortait pas, bien que la sonde lui semblât être parvenue dans la vessie; il essaya une injection, qui ne pénétra point; enfin il eut recours à l'aspiration au moyen d'une seringue, et retira un caillot fort long, après la sortie duquel l'urine s'échappa.

J'ai cité ce dernier fait, spécialement, afin de démontrer qu'on peut se méprendre au sujet des caillots de sang obstruant la sonde et empêchant l'urine de couler. Parce qu'on avait introduit une sonde dans la vessie sans qu'il vînt de liquide, et qu'en retirant l'instrument on trouva les yeux bouchés par un caillot, on se crut fondé à employer l'aspiration. Cette doctrine ne saurait être admise. D'abord, le sang qui forme caillot dans la sonde vient le plus souvent de l'urèthre ou du col vésical. Lorsqu'il s'agit de caillots, formés dans la vessie, s'engageant dans la sonde et l'obstruant, l'urine coule d'abord, et c'est le mouvement du liquide qui porte la masse dans les yeux. En second lieu, que du sang se soit introduit dans la sonde pendant son passage le long de l'urèthre, et s'y soit coagulé, ou que le caillot vienne de la vessie, on peut toujours le diviser au moyen d'un stylet flexible remplissant l'instrument, ou le repousser par une injection. Il

(1) Chopart, *Maladies des voies urinaires*, nouvelle édition.

faut pour cela que les yeux de la sonde soient dans la vessie, car s'ils se trouvaient dans l'urèthre, l'injection ne pénétrerait pas, du moins le plus communément. Toutes les fois que le cas s'est présenté dans ma pratique, je suis parvenu à dégorger l'instrument, sans recourir au procédé de l'aspiration, qui n'a pas les avantages qu'on veut bien lui attribuer.

Voici de quelle manière je procède : la sonde étant aussi grosse que le comporte le calibre de l'urèthre, après s'être assuré qu'elle est parvenue dans la vessie, ce qui est toujours facile, et ne voyant pas couler de liquide, on peut supposer que l'instrument est bouché par un caillot sanguin, par des mucosités, ou une masse fongueuse, et quelquefois par la réunion de ces différentes causes. Je commence par faire une injection, poussée avec une force graduée et suffisante, en ayant soin, toutefois, de ne pas introduire une grande quantité d'eau, surtout lorsque la vessie est déjà pleine. Souvent, on voit immédiatement sortir l'urine, mélangée de sang. Au moyen de ces injections, et même d'irrigations prolongées, on parvient souvent à diviser et aussi à dissoudre le sang coagulé dans la vessie. J'ai eu recours à ce procédé, dans plusieurs cas en agissant comme je l'ai indiqué dans le *Traité de la lithotritie*.

Ce moyen n'est pas nouveau. Il a été proposé et employé par Verdier, à la suite des plaies pénétrantes de la vessie, dans le but surtout de prévenir la formation des concrétions fibrineuses.

Lorsque le sang coagulé forme dans la vessie, des masses considérables, il est nécessaire d'insister longtemps sur l'emploi des injections. On ne doit y renoncer que lorsque l'urine a perdu sa coloration sanguine et son odeur fétide, et après s'être assuré, par des explorations minutieuses, qu'il n'y a plus rien dans la cavité vésicale.

Il est devenu nécessaire de pratiquer, coup sur coup, et dans la même séance, plusieurs injections successives, qui ont le double avantage de dégorger l'instrument et de diviser les caillots. Il arrive quelquefois que la première colonne du liquide ramène, en sortant, le caillot dans la sonde, et que la vessie ne se vide pas. On réussit souvent alors en procédant comme je viens de l'indiquer, c'est-à-dire en introduisant dans la sonde une

corde à boyau, ou une bougie cylindrique en gomme élastique, à refouler et diviser le caillot sanguin. Un fil métallique très mince, recourbé en forme de crochet, de manière que l'extrémité pénétrant dans la sonde soit double, peut encore être employé : en faisant tourner entre les doigts le fil ainsi disposé, on divise aisément le caillot, dont la plus grande partie est ramenée au dehors. Ce procédé est surtout applicable aux cas les plus graves, dans lesquels la fibrine du sang, étant combinée avec les mucosités vésicales, forme des caillots très denses. Chez un petit nombre de sujets, ces divers moyens, aussi bien que l'aspiration, sont demeurés sans résultat, et j'ai dû retirer la sonde pour la déboucher, ce qui arrive spécialement lorsque les débris de pierre ou des graviers sont contenus dans le caillot sanguin, et s'engagent avec lui dans les yeux de la sonde. On doit d'autant moins hésiter à agir ainsi, que le cathétérisme est plus facile et moins douloureux.

Lorsque la vessie renferme des masses fibrineuses considérables et très denses, les procédés de la lithotritie offrent un moyen efficace et certain de les diviser et de les amener au dehors. Dans plusieurs cas de ce genre, que j'ai rencontrés, de gros caillots existaient depuis quelques jours, dans la cavité vésicale, le malade éprouvait de grandes difficultés pour uriner, et l'urine qu'il rendait avait une teinte livide et une odeur fétide, outre qu'elle entraînait des espèces de lambeaux filamenteux. La sonde à larges yeux et les injections prolongées n'ayant pas suffi, j'introduisis un trilabe, qui me servit à morceler les caillots, que le malade rendit ensuite; ils étaient fibrineux et d'un vert foncé. Ce n'est qu'après avoir épuisé sans succès ces moyens divers qu'on pourrait songer à recourir à la taille, que conseillent quelques chirurgiens, entre autres Larrey. Mais les nouveaux procédés dont la lithotritie a enrichi la chirurgie moderne, résolvent le problème et ne permettent plus de songer, pour ces sortes de cas, à la cystotomie.

CHAPITRE X.

DU CATARRHE VÉSICAL ET DE LA CYSTITE.

Il n'est peut-être pas de maladie qu'on rencontre plus fréquemment, dans la pratique, que le catarrhe vésical, et cependant je ne crains point de dire que, malgré un nombre considérable de travaux anciens et modernes, dont cette affection a été l'objet, on en citerait difficilement une, à l'égard de laquelle les opinions soient moins arrêtées. Les grands traités, comme les petites brochures, les mémoires spéciaux, aussi bien que les articles détachés, fourmillent, à son sujet, d'idées excentriques. On semble avoir mis l'observation de côté, pour se jeter à corps perdu dans les abstractions, relativement à sa nature, à ses causes, à sa marche. Les caractères qu'on lui assigne ont été pour la plupart imaginés, plutôt que déduits des résultats de l'expérience; et son traitement est encore livré, presque tout entier, à l'empirisme. De cet ensemble de circonstances, il est résulté qu'un état morbide, peu grave en lui-même, conséquence naturelle de causes généralement faciles à apprécier, est devenu une sorte d'être mystérieux, que chacun envisage au gré de son caprice. Ce ne peut donc être une œuvre sans utilité que de le soumettre à un examen minutieux et sévère.

ART. Ier. — DESCRIPTION DE LA MALADIE.

Le catarrhe de la vessie se présente sous deux formes principales : tantôt on l'observe à l'état aigu, et tantôt il affecte une marche chronique. Cependant il n'y a pas toujours, entre ces deux nuances, une ligne de démarcation tellement tranchée, que souvent elles ne se confondent et se succèdent. Sans avoir égard à l'usage établi, je les ai comprises dans le même chapitre. La forme chronique étant la plus commune, c'est par elle que je commencerai.

§ 1. — Catarrhe chronique.

1° *Caractères généraux.*

Une des principales lacunes qui se font remarquer dans l'histoire du catarrhe de vessie, tient à ce que l'état morbide qu'on désigne sous ce nom, n'a pas été précisé avec assez de soin. Il est question, en effet, dans son histoire, d'une phlegmasie, ayant son siége à la membrane interne de la vessie, et caractérisée par une modification spéciale de l'urine; mais plus d'une fois on a pris pour cette inflammation d'autres dispositions anormales ou morbides de l'appareil urinaire, qui en diffèrent beaucoup, tout en produisant des effets analogues. La première chose à faire est donc de distinguer, parmi les altérations de l'urine et les dépôts qu'elle forme, les particularités qui tiennent à une perturbation de la sécrétion rénale ou à toute autre influence, et celles qui dépendent réellement de la phlegmasie de la membrane muqueuse de la poche urinaire. Les confondre serait porter le vague et l'incertitude dans la description de cette maladie.

Quelques remarques sur ce sujet seront d'autant mieux placées ici que, de tous les effets du catarrhe, celui qui frappe d'abord le plus l'observateur, est l'altération de l'urine, sous le rapport de la densité, de la transparence, de l'odeur, et de la couleur. Mais on ne saurait trop répéter que l'urine peut devenir bourbeuse, épaisse, fétide, sans qu'on découvre la moindre trace de catarrhe, et sous l'empire de circonstances fort nombreuses.

On sait que l'urine varie considérablement, même en état de santé, dans sa composition chimique et dans ses caractères physiques. Une connaissance exacte de toutes les particularités d'aspect et de constitution qu'elle peut offrir, fournirait des notions fort utiles pour le diagnostic et surtout pour la thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire; mais les recherches faites, à ce sujet, par les anciens et les modernes, laissent beaucoup à désirer, spécialement en ce qui concerne le point de vue pratique. On peut même affirmer qu'à ce dernier égard, l'étude de l'urine a été négligée, jusque dans ces derniers temps, et que l'on commence seulement à s'affranchir, en ce qui la concerne, des préjugés que nos prédécesseurs nous ont transmis.

Il n'est pas dans mes vues de tracer ici même une simple esquisse de l'histoire de l'urine, tant en santé qu'en maladie : mais je ne puis me dispenser d'appeler un instant l'attention sur les caractères accidentels de ce liquide. Il en est du catarrhe vésical comme de l'hématurie et de la rétention d'urine : les distinctions, fondées exclusivement sur les anomalies du liquide rendu par les malades, manquent, en général, de fondement ; ce qui ne veut pas dire que l'observateur, afin de se rendre compte de la maladie, ne doive d'abord, et principalement, porter son attention sur la couleur de l'urine, sa transparence, son odeur, et sur les dépôts qu'elle forme.

Chacun connaît la couleur de l'urine à l'état normal. Cette couleur est susceptible de présenter une infinité de nuances. Nous avons vu, en parlant de l'hématurie, que la coloration accidentelle en brun avait fait commettre des méprises. Dans le catarrhe, c'est celle en blanc qui a le plus d'importance. J'entends par urines blanches, celles qui sont lactescentes, avec des nuances variables en gris et en jaune, d'où résultent des teintes intermédiaires, à l'aide desquelles on a prétendu distinguer, ce qui est très difficile, ou même impossible, des états morbides correspondants de l'appareil urinaire. Quelques auteurs ont beaucoup trop généralisé certains cas spéciaux, desquels ils ont tiré des conséquences que ne justifient point d'autres cas analogues. La coloration qui sert tous les jours à caractériser de prétendus catarrhes, provient, tantôt d'un vice de la sécrétion rénale, tantôt d'un défaut de proportion dans la quantité des principes constituants de l'urine, ou de la présence, dans ce liquide, de matières qui ne s'y rencontrent pas ordinairement. Le mélange de sang exhalé par la vessie avec l'urine donne à ce liquide une teinte noirâtre ou brunâtre ; mais dans beaucoup de cas, le mélange est assez intime pour rendre incertaine la détermination de ses éléments, et cependant il suffit de faire cesser l'exhalation anormale pour que l'urine reprenne sa couleur naturelle. Lorsque cette exhalation de sang coïncide, ce qui n'est pas rare, avec un état phlegmasique de la membrane muqueuse, le produit de celle-ci mêlé au sang et à l'urine constitue un liquide tout particulier, épais, bourbeux, d'un jaune brun, violacé ou noirâtre. Dans quelques-uns des cas que j'ai observés, l'urine offrait depuis

longtemps ces caractères, malgré tout ce qu'on avait entrepris pour corriger un prétendu vice de sa sécrétion, et je n'ai eu besoin pour l'en dépouiller, que de faire cesser l'état morbide de la vessie, sans même chercher à agir sur les reins. Toutefois, il y a des cas dans lesquels les recherches ne font rien découvrir; le problème consiste alors à déterminer si l'urine est directement sécrétée, telle qu'elle se présente à nous, ou si nos moyens d'exploration sont réellement insuffisants pour reconnaître la maladie dont son réservoir est frappé.

Il en est de l'odeur comme de la couleur de l'urine. Elle offre, en santé, une infinité de variations, qui doivent sans doute être attentivement observées, mais dont nous ne sommes encore en mesure de tirer aucune conséquence. Beaucoup de personnes se plaignent de rendre des urines fétides, quoiqu'elles jouissent d'ailleurs d'une bonne santé et que toutes les fonctions, celles mêmes de la vessie, s'exécutent passablement bien. J'en ai vu plusieurs qui, par cette seule cause, se croyaient atteintes de catarrhes, et avaient même suivi des traitements spéciaux. Quelquefois, alors, j'ai découvert une lésion de la prostate, un fongus peu avancé, ou une atonie de la vessie. Dans les cas de cette dernière espèce, qui sont les plus communs, et qui m'ont fourni le plus de lumières, il m'a presque toujours suffi d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, pour faire cesser l'odeur, qui reparaît dès qu'on néglige ce moyen. Cette odeur insolite de l'urine n'est pas rare dans le catarrhe, mais elle ne s'y rattache pas d'une manière tellement intime, qu'elle soit inséparable de son existence. Chaque jour, on rencontre des catarrhes très graves et très avancés, dans lesquels l'urine n'a pas d'odeur extraordinaire, tandis que, chez d'autres sujets, où l'on remarque à peine quelques indices de véritable catarrhe, l'odeur anormale du liquide est fort prononcée. Toutefois, c'est une particularité dont on doit tenir compte, l'odeur spéciale de l'urine annonce ordinairement une complication du catarrhe, du moins quand elle est prolongée; car lorsqu'elle est seulement passagère, elle tient à des causes qu'il ne nous est pas toujours donné de connaître (1).

(1) Cette odeur, que je ne saurais définir, et qui varie beaucoup de nature et d'intensité, est toujours plus ou moins forte, désagréable, pénétrante, mais elle ne doit pas être confondue avec une autre odeur dont j'ai parlé dans le

Le phénomène qui joue le plus grand rôle dans l'histoire du catarrhe vésical, est la perte plus ou moins complète de la limpidité de l'urine, attribuée généralement à la présence, dans ce liquide, d'une matière qu'on désigne sous le nom de muco-pus. Dans l'état normal, l'urine est transparente, malgré les principes colorants et le mucus qu'elle tient en dissolution. Dans le catarrhe, ce caractère lui manque presque toujours. Aussi, des urines louches sont-elles, pour la plupart des malades, et pour beaucoup de praticiens, un indice presque certain de cette affection. Il importe donc de distinguer ce qui, dans cette perte de transparence, appartient à la phlegmasie vésicale, et ce qui tient à toute autre circonstance.

Parmi les causes susceptibles de faire perdre à l'urine sa transparence normale, sans qu'il existe de catarrhe, on doit placer, en première ligne, les troubles qui peuvent survenir dans la sécrétion rénale, et par suite desquels l'urine renferme des substances qui ne s'y trouvent pas ordinairement, ou qui, du moins, n'y existent point dans les mêmes proportions. Cette présence accidentelle d'éléments insolites, et cette disproportion dans les principes constituants ordinaires de l'urine, sont des phénomènes très fréquents, dont la cause nous échappe presque toujours. Le résultat seul vient frapper nos sens. Mais combien il est difficile de déterminer la valeur de ce résultat! On est d'autant plus exposé à commettre alors des méprises, que souvent, au lieu d'un seul principe anormal, il y en a plusieurs qui s'influencent réciproquement, ou réagissent les uns sur les autres, au point de donner à l'urine des caractères très variés.

On ne sera pas surpris de ces différences, si l'on se rappelle que, même en pleine santé, l'urine peut contenir des matières hétérogènes variées. Ainsi on y trouve du soufre, du fer, de la cystine, de la matière phosphorescente, etc., et il est bien constaté aujourd'hui que les reins sont en quelque sorte l'égout par

Traité de l'affection calculeuse et dans ce volume, au sujet du fongus et du cancer, et qui avait été signalée par Colot, Covillard, et par quelques écrivains plus récents, qui l'ont comparée à celle qui provient des chairs pourries. Cette odeur nauséabonde est si fétide, si repoussante, qu'elle pourrait amener la défaillance parmi les assistants. Il est presque impossible de la supporter.

lequel s'échappent du corps une grande partie des substances inassimilables solubles qui s'y introduisent.

Si, dans l'état de santé, la nature de l'urine est tellement variable qu'on ne trouve peut-être pas deux individus chez lesquels elle soit absolument identique, ces variations sont bien autrement tranchées encore, dans les cas de maladie. Parmi les substances qui se trouvent alors accidentellement dans l'urine, on doit signaler l'albumine, dont les médecins se sont beaucoup occupés dans ces derniers temps. Aujourd'hui l'albuminurie est pour ainsi dire une maladie de mode ; elle répond à tous les cas où, ne découvrant pas la cause des désordres, le médecin constate dans l'urine la présence d'une matière coagulable par la chaleur et par l'acide azotique.

J'ai vu un grand nombre de malades qu'on disait atteints d'albuminurie, et qui avaient, les uns des calculs dans la vessie, d'autres des névralgies du col vésical, des coarctations spasmodiques ou organiques de l'urèthre, quelques-uns des lésions de la prostate, du bas-fond ou du corps du réservoir de l'urine, avec ou sans catarrhe. Plusieurs de ces malades avaient reçu les soins de praticiens renommés, qui se sont spécialement occupés de l'albuminurie. Or, si ces praticiens ont été induits en erreur dans des circonstances où il semblait difficile de se méprendre, à quoi ne doivent pas être exposés ceux qui ont moins d'habitude, et qui rencontrent des cas plus obscurs? J'avoue que ces faits m'ont rendu fort circonspect, en ce qui concerne l'importance attribuée aux urines dites albumineuses, soit comme moyen de diagnostic, soit pour ce qui concerne le pronostic et le traitement des maladies des voies urinaires. Il est démontré que, même en pleine santé, l'urine peut contenir longtemps, et impunément, une certaine quantité d'albumine, comme elle contient non moins impunément, d'autres substances qu'on n'y trouve pas d'ordinaire.

Je suis loin, toutefois, de contester l'utilité des travaux entrepris sur ce sujet, soit en France, soit en Angleterre, et qui en auront plus encore, lorsqu'on se sera guéri de l'exagération, que l'esprit humain sait rarement éviter dans les premiers moments. Je ne dois m'occuper ici de l'urine albumineuse que sous le point de vue du diagnostic de quelques états morbides de la vessie.

Or, il est de toute évidence que la combinaison, dans l'urine, de l'albumine, avec divers autres principes constituants de ce liquide, peut lui donner des apparences propres à faire soupçonner l'existence d'un catarrhe, ou d'une légère hématurie, suivant la quantité de globules sanguins et muqueux unis à l'albumine. Je ne parle pas du cas où ces maladies existent en même temps que l'albuminurie réelle : le point sur lequel je désire surtout d'appeler l'attention, c'est l'apparence morbide que l'urine est susceptible d'acquérir, par le fait des combinaisons que je viens d'indiquer, et qui peut donner à penser que la vessie est le siége d'un état morbide, dont on ne découvre d'ailleurs aucune trace.

Lorsque l'albuminurie existe en même temps que le catarrhe, l'urine varie selon qu'il s'agit de simple mucus ou de matière purulente. Dans ce dernier cas, elle peut avoir une apparence crémeuse très remarquable. S'agit-il d'hématurie? l'albumine peut se trouver mêlée à du sang presque pur ou altéré, et la teinte du mélange varie beaucoup. Dans un cas de cette espèce, le liquide sortant de la vessie, était faiblement coloré en rose pâle, et celui qu'on me présenta s'était pris en une espèce de gelée, de teinte rose.

Toutes les fois qu'il y a ainsi complication, la matière albumineuse peut se convertir en flocons, qui prennent une nuance jaunâtre, et se durcissent quelquefois au point de ne pouvoir être expulsés qu'avec difficulté. J'en ai cité plusieurs exemples.

Ce n'est pas seulement par la présence de l'albumine que l'urine se trouve modifiée. Les matières grasses qu'on y rencontre, chez certains sujets, peuvent lui donner aussi des apparences susceptibles de faire croire à une affection catarrhale. L'urine prend alors un aspect crémeux et une teinte opaline bien capable d'en imposer.

Que ce soit l'albumine, la matière grasse, le mucus ou toute autre substance qui surabonde dans l'urine, ce liquide perd sa transparence, et augmente de densité. Il se convertit en une masse opaque, visqueuse, gélatiniforme, dont la consistance et la couleur varient en raison de la quantité de globules sanguins, de matière purulente, de substance grasse, etc., qu'elle renferme en même temps. On peut croire alors à un catarrhe vésical qui n'existe pas : j'en ai vu plus d'un exemple dont j'ai publié ailleurs

les détails, et la pratique de chaque jour nous met à même de répéter fréquemment les mêmes observations.

Personne n'ignore que la concentration, c'est-à-dire la quantité du principe aqueux de l'urine, varie pour ainsi dire à chaque instant. Sous les mêmes influences qui font que ce liquide contient beaucoup moins d'eau que de coutume, il se montre moins diaphane et même louche, trouble, foncé en couleur, et se rapproche plus ou moins de ce qu'il est dans le catarrhe vésical, bien que cette règle ne soit pas sans exception.

En un mot, que l'urine s'épaississe parce qu'elle contient moins d'eau qu'à l'ordinaire, eu égard à ses autres principes constituants, ou parce que ces derniers, plus abondants, modifiés, dénaturés, ont pris des caractères anormaux, elle peut, accidentellement, et pour un laps de temps plus ou moins long, se rapprocher de ce qu'elle est dans le catarrhe, et faire croire à l'existence de cette dernière maladie.

Mais il est une autre source d'erreur, sur laquelle je dois encore appeler l'attention.

Dans l'état normal, à l'urine, telle qu'elle est sécrétée par les reins, se mêle la sécrétion de la membrane muqueuse qui tapisse l'appareil urinaire, depuis le méat jusqu'aux dernières ramifications des conduits urinifères. Lorsque cette membrane n'est pas surexcitée, elle paraît fournir un produit peu abondant, qui se combine d'une manière assez intime avec l'urine pour ne pouvoir y être mis en évidence qu'à l'aide de procédés spéciaux. Mais la moindre surexcitation, directe ou indirecte, augmente cette sécrétion, et la fait varier à l'infini.

Il en est de même des débris de la desquamation de la membrane muqueuse, qui s'accomplit dans l'appareil urinaire comme dans tous les autres du même genre. En santé, ces débris sont si divisés qu'il faut un microscope pour les apercevoir; mais lorsqu'une circonstance quelconque détermine l'augmentation de leur quantité, ils deviennent apparents, et l'urine change de caractères; tantôt elle est muqueuse et trouble, et tantôt elle conserve sa transparence, mais entraîne des lamelles en grand nombre, qui y restent en suspension, ou se réunissent au fond du vase. De là peuvent résulter encore plusieurs des apparences de ce qu'on nomme l'urine catarrhale. J'ai vu des personnes, bien

portantes d'ailleurs, s'effrayer beaucoup de ce que leur urine se convertissait en une espèce de gelée, tantôt incolore ou légèrement verdâtre, tantôt fortement teinte en jaune ou en gris. Toutefois, ce dernier cas est rare; bien plus souvent, les lamelles de l'épithélium et le produit surabondant de la sécrétion muqueuse restent en suspension dans l'urine, où ils forment un nuage translucide et jaunâtre.

Il résulte en définitive de ce qui précède que l'urine peut former des dépôts, de consistance et de teintes variées, sans qu'il y ait catarrhe vésical.

2° *Diagnostic.*

Le sujet que je traite étant, par les considérations que je viens d'exposer, débarrassé de ses difficultés préliminaires, j'ai à parler maintenant des dépôts de l'urine, qui sont la conséquence d'une phlegmasie de la membrane muqueuse de la vessie, et caractéristiques du véritable catarrhe vésical. Ces dépôts sont, les uns simplement muqueux, et les autres puriformes; plusieurs, qui se rapprochent davantage de la nature du pus, ont reçu l'épithète de purulents.

A. *Dépôts muqueux.* — Ils présentent de nombreuses différences.

Tantôt on ne découvre qu'un nuage léger, suspendu au milieu du liquide, ou formant de petits filaments presque imperceptibles, ce qui arrive souvent, lorsque la phlegmasie est légère et à son début. Tantôt, au contraire, les mucosités sont tellement abondantes, qu'un malade dont parle Barthez en rendit une masse du poids de quinze livres dans le court espace de trente-six heures. Dans un grand nombre de cas, on les voit former à peu près la moitié du liquide expulsé. Ainsi, la quantité de ce dépôt varie beaucoup, elle n'est pas non plus toujours en rapport avec le degré de l'inflammation, car on est souvent surpris de la voir demeurer énorme pendant longtemps, sans que la santé en souffre un notable dérangement, remarque déjà faite par divers auteurs.

La consistance des mucosités ne varie pas moins que leur quantité. Il y a des cas où elles forment une sorte de gelée;

d'autres où elles sont assez épaisses pour constituer, ici des flocons, des masses adhérentes aux parois du vase, dont on a de la peine à les détacher, même en le renversant; là des plaques ordinairement un peu jaunes, ou d'une teinte tirant sur le vert, et d'une consistance très variable; ailleurs des espèces de membranes, à structure lamelleuse, dont j'ai rapporté un grand nombre d'exemples et que M. le professeur Andral a observées chez deux sujets (1). Ce qu'il y a de remarquable sous ce point de vue, c'est que, d'après les observations de Chopart, dont j'ai eu souvent occasion de vérifier l'exactitude, la viscosité du mucus semble diminuer d'une manière notable lorsque le catarrhe s'exaspère (2).

Sa consistance est parfois si grande, que les malades ont beaucoup de peine à rendre les dépôts qu'il forme dans la vessie. J'ai cité des faits très curieux de cette nature (3). Chopart rapporte le cas d'un homme chez lequel les mucosités obstruaient de temps à autre le col de la vessie et l'urèthre, au point d'intercepter le passage de l'urine. Le liquide s'arrêtait tout à coup, après qu'il s'en était écoulé un demi-verre; en multipliant les efforts, le sujet réussissait à faire sortir par flocons une matière gluante, mais en trop petite quantité pour se soula-

(1) *Précis d'anatomie pathologique.*

(2) Des recherches intéressantes ont été faites par M. Rayer (*Traité des maladies des reins et de la sécrétion urinaire*, t. Ier). concernant les rapports de composition et d'origine des matières rendues par les malades, sous l'influence des affections de l'appareil urinaire. Je crois devoir les rappeler ici, comme pouvant éclairer les questions traitées dans les différentes sections de cet article.

Selon l'ingénieux et habile praticien que je viens de citer, les glaires ou mucosités filantes (*glus vesicæ*, Linné) ne seraient autre chose, dans un grand nombre de cas, que du véritable pus, sécrété par la membrane interne de la vessie, et transformé en une matière filante par l'action de l'ammoniaque. M. Rayer fonde cette opinion sur ce que les urines glaireuses sont toujours ammoniacales au moment de l'émission; et, d'un autre côté, sur ce que les urines purulentes, acides au moment de l'émission, prennent de la viscosité en devenant ammoniacales, par suite de leur exposition à l'air libre; enfin sur cet autre fait, qu'on peut transformer immédiatement une urine purulente en urine glaireuse, en y ajoutant une certaine quantité d'ammoniaque. Cette transformation du pus en liquide filant par l'action de l'ammoniaque, fournit, suivant le célèbre médecin de l'hôpital de la Charité, un caractère très sensible, pour s'assurer, à défaut de l'inspection microscopique, de la présence du pus dans le sédiment d'une urine acide.

(3) *Traité de l'affection calculeuse*, p. 24.

ger, de sorte qu'il fallait recourir à la sonde et aux injections d'eau tiède. Le malade vécut six ans dans cet état; trois années avant sa mort, il survint une fièvre presque continue, avec enflure des jambes et taches gangréneuses, exacerbation pendant laquelle la matière rendue cessa d'être visqueuse et prit l'aspect purulent. On trouva les parois vésicales fort épaisses et laissant suinter, quand on les comprimait, une humeur presque semblable à celle qui sortait avec l'urine ; il n'y avait point d'autres lésions, si ce n'est une intumescence de la prostate, qui était molle et rougeâtre. J'ai vu des faits analogues.

La couleur des dépôts muqueux n'est pas plus constante que leurs autres caractères. Les mucosités sont quelquefois presque incolores, et on les distingue à peine dans l'urine, qui les tient en suspension. Ailleurs, elles ont une teinte jaune, verte, brune, noire ou rougeâtre; souvent elles sont grises ou blanchâtres; en un mot, elles peuvent offrir toutes les nuances de couleur. Ce caractère a, toutefois, une grande importance; car, à chaque teinte principale se rattache un degré ou une particularité de la maladie. Ainsi, les mucosités incolores, jaunâtres, verdâtres, coïncident avec une phlegmasie commençante ou modérée; les brunes, les noires, les rouges, indiquent ordinairement qu'il s'opère une exhalation sanguine, de concert avec la sécrétion muqueuse; les grises et les blanchâtres annoncent presque toujours un degré avancé de la maladie, et indiquent une tendance à la sécrétion purulente. Dans ce dernier cas, on est exposé à confondre certains catarrhes anciens avec les suppurations du rein, ou de tout autre point de l'appareil urinaire, dont le produit se mêle avec l'urine.

En général, les dépôts muqueux qui constituent le premier degré du catarrhe sont inodores. Ce n'est qu'accidentellement, par l'effet d'une exaspération de la phlegmasie, et quelquefois sans cause connue, qu'ils acquièrent, ainsi que l'urine, une fétidité insupportable, comme je l'ai indiqué précédemment.

La plupart des praticiens attachent beaucoup d'importance aux sensations qu'éprouvent les malades attaqués de catarrhe vésical, pendant que les mucosités traversent l'urèthre. Cependant il arrive assez souvent qu'elles n'en déterminent aucune, et que le sujet n'est averti de leur émission qu'en les découvrant dans le

vase. Ce cas a lieu surtout lorsqu'elles ont peu de consistance, et qu'elles se confondent avec l'urine, dont le refroidissement seul fait que les stries qu'elles constituent se réunissent, s'accolent, et forment un amas distinct, soit au milieu soit au fond du liquide. J'ai vu plusieurs de ces malades, qui considéraient leur état comme normal, parce qu'ils n'en étaient point incommodés. Chez d'autres, au contraire, surtout lorsque le catarrhe est plus avancé, et que l'urèthre est fort irritable, le passage des flocons muqueux par ce canal occasionne de violentes cuissons, et une ardeur comparable à celle que produirait un fer chaud, ou un liquide bouillant. La nature des mucosités me paraît être pour beaucoup dans ce résultat. J'ai vu des sujets qui rendaient habituellement d'abondants flocons sans s'en apercevoir, éprouver par moments des cuissons, ou même des douleurs, lorsqu'une cause quelconque venait à déterminer une surexcitation de la vessie. C'est quelquefois la sortie des dernières gouttes qui provoque des sensations douloureuses, et l'on ne peut se faire une idée des angoisses auxquelles certains malades sont alors en proie, lorsque le besoin d'uriner se renouvelle pour ainsi dire à chaque instant. De locale et circonscrite qu'elle était d'abord, la douleur ne tarde pas à s'étendre du côté du sacrum, le long des uretères, et même à envahir l'abdomen tout entier.

B. *Dépôts puriformes.* — Lorsque l'affection catarrhale est plus avancée, la sécrétion anormale présente d'autres caractères. Le dépôt est plus ténu, plus divisé, et, comme je l'ai déjà dit, d'une teinte grise, tirant cependant quelquefois sur le brun. Ce n'est plus un assemblage de filaments allongés, adhérents les uns aux autres, et constituant une masse gluante, mais un dépôt grumeleux, qui se réunit au fond du vase par le repos et le refroidissement. Quelquefois il y adhère et forme sur les parois de l'éprouvette une couche blanchâtre, dont quelques malades, qui s'observent trop, se préoccupent beaucoup. Il ne faut pas confondre cette croûte avec les incrustations jaunâtres ou rougeâtres que l'urine produit quelquefois, lorsqu'il y a excès d'acide urique ou d'urates. Ces dernières ont généralement plus d'épaisseur, et, la plupart du temps, elles tiennent avec beaucoup de force au vase, à la surface duquel elles se sont déposées. Eu égard aux dépôts puriformes, l'urine qui surnage a souvent les caractères

de celle qui n'a rien perdu de ses qualités normales ; mais par l'agitation, elle se mêle au dépôt, et prend un aspect laiteux. On dit alors qu'elle est purulente, et l'on suppose qu'il y a des ulcérations dans la vessie ou dans les reins. Cependant, le dépôt grumeleux n'est parfois qu'un mode spécial de la sécrétion folliculaire. Tous les jours, en effet, on voit des dépôts puriformes dans diverses périodes du catarrhe vésical.

Je suppose d'ailleurs que l'on ne confondra pas le produit de la phlegmasie avec ce qui résulte uniquement de la décomposition secondaire de l'urine. Or, chez certains sujets, même en santé, ce travail de décomposition s'accomplit avec une grande promptitude. Si l'on ne procède à l'examen de l'urine qu'au bout de plusieurs heures, on court le risque de se méprendre sur la nature du dépôt.

Dans le catarrhe, la plupart du temps, les dépôts simplement muqueux et les dépôts puriformes se succèdent, ou existent ensemble chez un même sujet, souvent sans qu'on puisse en distinguer la cause, mais parfois aussi par l'influence d'une exaspération manifeste de l'affection catarrhale. Au reste, ce qui distingue les dépôts grumeleux du pus proprement dit, c'est que l'urine qui les contient rougit le papier bleu de tournesol, au lieu de posséder les qualités alcalines qu'elle a toujours quand elle est essentiellement purulente. Il y a toutefois des cas exceptionnels, notamment chez les goutteux et les scrofuleux, dont l'urine contient souvent des dépôts variés et très abondants, ce que constate la pratique de chaque jour, et ce qu'avaient appris des faits anciens recueillis par Gorter, Naumann et autres.

J'ai indiqué, dans le *Traité de l'affection calculeuse*, une expérience très facile, à l'aide de laquelle on parvient à distinguer le pus du simple mucus. En les soumettant à la flamme d'une bougie, après une dessiccation complète, le premier brûle, tandis que le second ne fait que se charbonner. On pourrait aussi recourir aux procédés de la chimie et de la microscopie, s'ils n'exigeaient des instruments spéciaux et une habitude de leur emploi, que tous les praticiens ne possèdent pas. On s'en tient donc généralement, dans la pratique, à un moyen qui permet de distinguer, au moins approximativement, les dépôts simplement muqueux de ceux qui sont purulents. A cet effet on décante

l'urine qui surnage, et on la remplace par de l'eau froide ; celle-ci soulève le dépôt muqueux par petites masses, par grumeaux ou par filaments, qui nagent dans le liquide, sans se mêler avec lui, et le colorent à peine, tandis qu'un dépôt purulent se mêle à l'eau, le colore en blanc jaunâtre, et lui donne le même aspect qu'avait l'urine au moment de sa sortie, ou quand on l'agitait avant de l'avoir décantée. On conçoit néanmoins qu'il doit se présenter à cet égard des variations multipliées.

On a dit que les dépôts puriformes de l'urine, c'est-à-dire ceux de couleur grise ou cendrée, qui rendent le liquide trouble au moment de la sortie, mais le laissent reparaître avec sa transparence et sa couleur citrine, quand ils se sont réunis au fond du vase, étaient accompagnés de fièvre, de douleurs, d'amaigrissement, même de marasme. Le fait est vrai, mais non pas constant. Nous voyons en effet des malades avoir, pendant longtemps, l'urine laiteuse et surtout muqueuse, sans éprouver de fièvre, ressentir de douleurs, ni maigrir, et, pour ainsi dire, sans en être incommodés. On sait que Plater rendit tous les soirs, pendant vingt années, des urines troubles et laiteuses, qui formaient un épais sédiment blanc. Certains malades, qui s'étaient donné l'amusement de ramasser ces dépôts, de les faire sécher et de les conserver, m'en ont montré des masses énormes. Il est constaté, d'ailleurs, que dans ces cas, même graves et anciens, la guérison s'obtient assez souvent par les moyens que je ferai connaître, moyens dont l'action serait nulle s'il s'agissait d'ulcérations, ou d'autres lésions organiques graves.

C. *Dépôts purulents.*— Les dépôts de l'urine peuvent être réellement de nature purulente, et je viens de dire comment on parvient à les distinguer.

Le pus peut provenir de différentes sources ; mais, trop souvent c'est des reins qu'il émane. Tantôt alors ce sont de petits abcès qui s'ouvrent dans les calices et le bassinet ; tantôt la matière purulente est sécrétée par la glande, sous l'influence d'une phlegmasie latente. Plus rarement, il arrive que des abcès, développés au voisinage des reins, des uretères ou de la vessie, s'ouvrent dans les conduits de l'urine, et y versent leur contenu. Le plus communément, le pus vient de la vessie elle-même. Dans ce dernier cas, il peut dépendre, ou d'une phlegmasie chronique avec des-

de celle qui n'a rien perdu de ses qualités no
l'agitation, elle se mêle au dépôt, et prend un
dit alors qu'elle est purulente, et l'on suppose
rations dans la vessie ou dans les reins. Cepend
meleux n'est parfois qu'un mode spécial de l
laire. Tous les jours, en effet, on voit des
dans diverses périodes du catarrhe vésical.

Je suppose d'ailleurs que l'on ne confondra
la phlegmasie avec ce qui résulte uniquement
tion secondaire de l'urine. Or, chez certain
santé, ce travail de décomposition s'accompli
promptitude. Si l'on ne procède à l'examen d
de plusieurs heures, on court le risque de s
nature du dépôt.

Dans le catarrhe, la plupart du temps, les
muqueux et les dépôts puriformes se succèd
semble chez un même sujet, souvent sans q
guer la cause, mais parfois aussi par l'influenc
tion manifeste de l'affection catarrhale. Au re
les dépôts grumeleux du pus proprement dit,
les contient rougit le papier bleu de tourneso
séder les qualités alcalines qu'elle a toujours q
tiellement purulente. Il y a toutefois des cas ex
ment chez les goutteux et les scrofuleux, d
souvent des dépôts variés et très abondants,
pratique de chaque jour, et ce qu'avaient ap
recueillis par Gorter, Naumann et autres.

J'ai indiqué, dans le *Traité de l'affection*
rience très facile, à l'aide de laquelle on p
le pus du simple mucus. En les soumett
bougie, après une dessiccation complète, le
que le second ne fait que se charbonner.
courir aux procédés de la chimie et de la m
geaient des instruments spéciaux et une ha
que tous les praticiens ne possèdent pas.
néralement, dans la pratique, à un moye
tinguer, au moins approximativement, le
muqueux de ceux qui sont purulents.

constituant le caractère spécial du catarrhe de la vessie, présentent de nombreuses différences, quant à leur nature, à leurs qualités physiques, à leurs propriétés chimiques, à leur abondance et aux effets, tant de leur présence dans la vessie que de leur passage à travers l'urèthre. Ces différences dépendent surtout du degré et du mode de la phlegmasie; mais elles tiennent aussi à des causes particulières, telles que les variations de la sécrétion rénale, les états morbides de la vessie, qui produisent ou accompagnent le catarrhe, les dispositions individuelles, les maladies étrangères à l'appareil urinaire, etc. Il n'est pas toujours facile d'en découvrir la cause, qui échappe souvent à l'examen le plus minutieux.

Chez certains malades, atteints de catarrhe vésical, les sondes d'argent se colorent en brun ou en noir. Ce phénomène ayant surtout lieu lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période, que l'urine est fétide et purulente, on l'a présenté comme caractéristique des cas désespérés. Je l'ai cependant observé chez des sujets dont l'état ne présentait pas beaucoup de gravité, et je pense qu'on a exagéré son importance comme élément du pronostic.

D. *Symptômes concomitants.* — Quant aux autres symptômes, considérés comme dépendants du catarrhe vésical, et qui l'accompagnent en effet fort souvent, il faut en tenir compte; la plupart même ont de l'importance; mais on les retrouve dans presque toutes les maladies de l'appareil urinaire. Aussi varient-ils à l'infini. Par exemple, les besoins fréquents d'uriner n'existent pas toujours; lorsqu'on les observe, ils annoncent, soit un racornissement, soit une inertie de la vessie, ou un mode spécial de l'innervation; soit un haut degré d'intensité de la phlegmasie vésicale, ou des troubles dans la sécrétion rénale et dans l'excrétion de l'urine; soit enfin diverses complications, ou des altérations spéciales dont la connaissance est du plus haut intérêt.

J'en dirai autant de la chaleur et de la douleur en urinant. Ces phénomènes accompagnent plusieurs autres maladies de la vessie. Les douleurs se manifestent surtout pendant la sortie des dépôts muqueux ou glaireux; mais, sans ces derniers, elles n'annonceraient pas le catarrhe, puisqu'on voit beaucoup de malades, non catarrheux, souffrir même beaucoup pour uriner, soit au

commencement, soit à la fin, en rendant les dernières gouttes, ou même après avoir terminé. Cependant il y a une espèce de douleur qui appartient plus particulièrement au catarrhe; c'est celle qui résulte du séjour prolongé, dans l'urèthre ou au col de la vessie, de flocons muqueux, dont le volume ou la densité rend l'expulsion difficile. J'ai vu, dans quelques-uns de ces cas, les malades accuser une ardeur douloureuse et fatigante, que je n'ai observée dans aucune autre affection du réservoir de l'urine, si ce n'est la présence d'un corps étranger dans la partie profonde du canal. Presque toujours alors la sensation brûlante causée par la traînée de mucosités se prolonge, au lieu de ne durer que quelques instants, comme elle fait d'ordinaire ; le sujet l'éprouve, non-seulement à l'extrémité de la verge, mais encore au col de la vessie, et jusqu'à l'anus. Un grand nombre de malades se plaignent aussi de ressentir, à la partie supérieure et interne des cuisses, des douleurs qui s'étendent quelquefois aux jambes, et même aux pieds, aux pubis, à l'hypogastre, au sacrum, aux lombes. Ces dernières sont plus fortes, quand le sujet incline le corps en avant ou fait de l'exercice; elles finissent même quelquefois par rendre la station et la marche pénibles, mais elles varient beaucoup. Je les ai observées dans des catarrhes légers, tandis qu'elles manquaient dans d'autres beaucoup plus graves. Je pense qu'elles se rattachent plus directement aux difficultés d'uriner, coïncidant avec le catarrhe, qu'à la phlegmasie elle-même.

J'ai dit que la fièvre n'accompagne pas toujours le catarrhe. Cependant elle s'y joint souvent, avec toutes ses conséquences, surtout lorsqu'il est ancien et permanent : elle se comporte ici comme dans la plupart des maladies chroniques. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'influence qu'elle exerce quelquefois sur l'affection catarrhale. Je répète que l'apparition d'une fièvre un peu intense apporte des changements notables dans les dépôts de l'urine : à son début, ceux-ci diminuent, tandis qu'ils augmentent vers sa terminaison. De même, lorsqu'une phlegmasie accidentelle survient dans d'autres membranes muqueuses, la sécrétion morbide de la vessie diminue d'abord beaucoup, au point même de faire croire à une métastase; tandis que quand cette maladie intercurrente décroît où cesse, les dépôts de l'urine reparaissent plus abondants qu'ils n'étaient par le passé.

3° *Marche et pronostic.*

Dans la grande majorité des cas, le catarrhe vésical suit une marche continue. Quelquefois cependant il affecte une sorte de périodicité, ou du moins présente des intermittences marquées, ainsi que Hoffmann l'avait déjà noté. D'après les cas que j'ai observés, c'est surtout au début de la maladie qu'ont lieu ces suspensions plus ou moins prolongées. Lorsque le catarrhe est dû à des influences atmosphériques, il acquiert plus d'intensité au moment où la cause agit avec le plus de force, et diminue ensuite, si même il ne cesse entièrement. Voilà pourquoi il lui arrive quelquefois de ne se produire que pendant l'hiver ; mais il finit presque toujours par devenir permanent.

Abandonné à lui-même, le catarrhe vésical se termine souvent par la mort ; l'appareil urinaire offre alors une série de désordres dont j'ai fait connaître les principaux. Il y a cependant des cas exceptionnels ; j'ai vu un catarrhe accidentel cesser au bout de quelque temps, par les seuls efforts de la nature, sans qu'on eût employé aucun traitement.

Dans beaucoup de circonstances, l'art parvient, en écartant les causes du catarrhe, à le faire disparaître. Sa cessation a lieu d'autant plus promptement, qu'on lui a laissé moins de temps pour devenir une habitude et produire dans la vessie des désordres qui suffisent ensuite pour la perpétuer.

On a vu des catarrhes chroniques, même anciens, s'exaspérer spontanément et la maladie se terminer par résolution, sans laisser la moindre trace. Cette terminaison s'observe rarement ; je n'en ai rencontré que deux exemples, dont un s'est présenté à la Charité ; je vais en donner une indication sommaire. Une septuagénaire éprouvait depuis dix années quelques légères atteintes de catarrhe vésical, qu'elle avait toujours négligées, parce qu'elles ne l'empêchaient pas de se livrer à son état de couturière. Depuis trois mois seulement, les symptômes avaient augmenté, lorsqu'elle prit le parti d'entrer à l'hôpital. Elle offrait alors : douleur intense à l'hypogastre, que la pression rendait plus forte ; difficulté de marcher, picotements et chaleur très vive aux parties génitales, besoins fréquents d'uriner, incontinence d'urine quand elle résistait à ces besoins, écoulement de sang par

l'urèthre, pouls petit et fréquent, langue sèche, soif. Plusieurs applications de sangsues, des bains, des lavements émollients et d'abondantes boissons procurèrent du soulagement : d'abord il ne s'échappa plus de sang avec l'urine ; puis l'excrétion de cette dernière devint plus facile ; un dépôt muqueux, que le liquide contenait encore, finit par disparaître, et la guérison fut parfaite.

S'il est rare que le catarrhe chronique guérisse par voie de résolution, en passant spontanément à l'état aigu, ce résultat heureux est plus fréquent lorsque la transformation qui doit l'opérer a été provoquée par l'art. Nous verrons, à l'article du traitement, qu'une foule de catarrhes vésicaux chroniques cèdent à des méthodes perturbatrices. Or, les moyens que réclame l'application de ces méthodes agissent généralement en surexcitant la surface déjà malade ; l'inflammation plus vive qui résulte de là, en se dissipant, emporte avec elle toutes les traces de celle, plus lente, à laquelle elle a succédé ; mais la réaction peut aussi, si elle est portée trop loin, produire des désordres graves et même la mort.

Les ouvertures de cadavres sur lesquelles je reviendrai, font connaître les nombreuses et profondes lésions organiques que la phlegmasie vésicale entraîne lorsqu'on la néglige, et qu'elle se prolonge avec un certain degré d'intensité. Mais la mort est due, moins à la phlegmasie elle-même, qu'à ses effets secondaires. Ce qui prouve cette assertion, c'est qu'on voit souvent les malades vivre pendant plusieurs années, avec un catarrhe grave de vessie, quoique le viscère, épaissi et racorni, ne puisse contenir qu'une très petite quantité d'urine, mêlée à une masse énorme de dépôts muqueux, et qu'en conséquence ils soient obligés d'uriner pour ainsi dire à chaque instant, avec d'atroces souffrances. Avec le temps, néanmoins, la phlegmasie vésicale réagit sur la constitution : la santé se dérange, les forces s'épuisent, et la mort arrive, précédée du marasme, ce qui tient spécialement à l'influence des lésions organiques de la vessie, et surtout à celle des affections consécutives dont les reins manquent rarement d'être atteints.

Ce qui a été dit jusqu'ici s'applique au catarrhe chronique, celui, comme je l'ai fait observer, qu'on rencontre le plus communément. Mais lorsque, soit d'elle-même, soit par l'effet des

agents thérapeutiques à l'aide desquels on la combat, l'inflammation marche avec plus de rapidité et passe à l'état de catarrhe aigu, ou de cystite proprement dite, les phénomènes changent d'aspect.

§ 2. — Cystite aiguë.

Il ne sera ici question, que très incidemment, des inflammations aiguës de la vessie, survenant, par l'effet de causes directes, chez des sujets exempts jusque-là de maladies des voies urinaires. Ces cystites, accidentelles ou traumatiques, simples, non précédées ou accompagnées de désordres antérieurs, ne diffèrent pas des phlegmasies des membranes muqueuses, en général, et ne présentent aucune application thérapeutique spéciale de quelque importance.

Je ne m'occuperai donc de la cystite aiguë qu'autant qu'elle se manifeste pendant le cours du catarrhe vésical, le complique, l'aggrave, et, parfois, le précède.

1° *Caractères généraux.*

D'après les descriptions compassées qu'on trouve dans beaucoup d'auteurs, les caractères de la cystite aiguë seraient tellement tranchés, qu'on croirait difficilement à la possibilité de la méconnaître. Et, cependant, ils ne sont pas rares les cas dans lesquels cette maladie est confondue avec d'autres, et notamment avec la rétention d'urine. J'en ai fourni des preuves nombreuses, tant dans cet ouvrage que dans les *Traités de la lithotritie et de l'affection calculeuse*. Toutefois, la cystite est une maladie distincte, qui a des symptômes propres, et d'autres qui lui sont communs avec des affections différentes. Il y a une première distinction importante à établir. Tantôt la cause agissant directement sur la vessie, qui seule est atteinte, la phlegmasie de cet organe est isolée, indépendante de tout autre état morbide, et affecte une marche franche et nette : ces cas ne sont pas les plus nombreux, à beaucoup près. Tantôt, au contraire, il n'y a pas de cause directe; l'état général du malade est mauvais, toutes les membranes muqueuses sont prédisposées à s'enflammer. J'ai cité des exemples de ces faits, et l'on en trouve d'autres dans les auteurs :

ils prouvent tous que la cystite s'est développée consécutivement. J'ai observé l'ordre suivant : la maladie débute par un ou plusieurs accès de fièvre; la membrane muqueuse pulmonaire se prend; les accidents diminuent par l'effet d'un traitement approprié, mais l'état maladif persiste, bien qu'à un moindre degré; les frissons reparaissent, ainsi que la sueur, et le canal digestif se prend à son tour. On combat ces nouveaux symptômes, et l'on procure encore quelques jours de calme; mais bientôt l'appareil urinaire devient le siége de la phlegmasie, et, chose digne de remarque, c'est là que celle-ci se déploie avec le plus d'intensité et de persistance.

Ces cas, aussi bien que ceux de cystite idiopathique, dépendant de la surdistension de la vessie par l'urine, de la présence d'un corps étranger, d'une manœuvre opératoire, etc., doivent être distingués de ceux dans lesquels l'inflammation vésicale est la conséquence d'une lésion de la matrice ou du rectum, car ils présentent des différences notables, eu égard au pronostic, aussi bien que pour le traitement.

Je ne m'arrêterai pas à d'autres distinctions, qu'on a établies suivant que l'inflammation a son siége *exclusif* dans les membranes muqueuse ou péritonéale, ou dans la couche musculeuse, ou suivant les causes supposées auxquelles on la rapporte. Les *cystites rhumatismale*, *goutteuse*, *herpétique* ou même *cantharidienne*, dont on s'est fort sérieusement occupé dans ces derniers temps, ne me paraissent pas offrir, sous le point de vue pratique, l'importance qu'on leur a attribuée.

2° *Diagnostic*,

La cystite aiguë s'accompagne des phénomènes généraux de toute inflammation occupant une grande surface. Il me paraît rationnel, eu égard au but de ce travail, de laisser de côté tout ce qui est relatif aux troubles sympathiques de la circulation, de la respiration, de la digestion, etc., ces actes morbides présentant rarement ici des caractères spéciaux.

Quant aux symptômes locaux, ils consistent en des besoins d'uriner fréquents et irrésistibles, bien qu'il n'y ait souvent à rendre que quelques gouttes d'urine, ordinairement rouge, dont

le passage détermine une sensation pénible de cuisson et d'ardeur : il y a des ténesmes, des épreintes ; la pression de l'hypogastre est douloureuse et provoque le besoin d'uriner ; si le malade est maigre, on sent, derrière les pubis, une tumeur dure formée par la vessie ; le doigt, introduit dans le rectum, cause aussi de la douleur. On remarque, en même temps, de la fièvre, de la soif, de l'agitation, de l'insommie. Graduellement, tous ces symptômes augmentent ; l'hypogastre devient plus douloureux à la pression ; la tumeur grossit et s'élève au-dessus des pubis ; elle est dure et arrondie ; les difficultés d'uriner croissent, ainsi que les cuissons, les ardeurs, les épreintes, qui accompagnent l'excrétion des gouttes d'urine, que le malade rend avec de grands efforts et de cruelles angoisses. Suivant quelques auteurs, cette diversité des symptômes devrait être attribuée au siége de la phlegmasie, que l'on suppose devoir se cantonner, au moins momentanément, dans un des tissus muqueux, péritonéal ou musculeux, dont la réunion constitue les parois vésicales, et produire, ici des mucosités, là d'autres dépôts dans l'urine, ou ne donner lieu à aucune sécrétion morbide.

Il me paraît démontré que la plupart des symptômes attribués à la cystite aiguë, chez les sujets déjà atteints de catarrhe vésical, tiennent plus au séjour forcé de l'urine dans son réservoir qu'à l'inflammation elle-même ; car alors la vessie se contracte si douloureusement qu'elle a de la peine à se vider. On retrouve ici ce qui a lieu dans tous les cas où une cause quelconque s'oppose à la sortie du liquide et, de plus, les douleurs, les épreintes, dont l'intensité et la durée sont proportionnées au degré de la phlegmasie. Ajoutons aussi qu'il y a presque toujours, dans la cystite, des hoquets et des vomissements, qu'on voit plus rarement dans la rétention d'urine simple, et qui surviennent surtout lorsque la phlegmasie se propage aux uretères et aux reins, bien qu'ils ne soient pas, comme le pense M. Coulson, un caractère spécial des maladies de ces derniers organes. D'ailleurs, la fièvre est plus intense et la douleur à l'hypogastre plus grande. L'urine, constamment rare, est quelquefois limpide au début, mais bientôt elle prend une teinte sanguinolente, ou même il ne s'écoule que du sang presque pur.

S'il arrive à l'urine de contenir des mucosités, celles-ci dif-

fèrent de celles qu'on observe dans le catarrhe chronique; elles sont plus rares, moins visqueuses, souvent rougeâtres, et ne forment pas de masses épaisses, consistantes. A la vérité, ces dépôts varient, surtout à une époque avancée, lorsque la cystite aiguë tend à devenir chronique. Alors, on voit apparaître ces amas, dont parlent les auteurs, de matières jaunâtres, visqueuses, épaisses, puriformes, fétides, qui n'existent que très rarement pendant la première période.

Ce qui fait surtout varier les symptômes de la cystite aiguë, chez les catarrheux, ce sont les accidents qui naissent du séjour forcé de l'urine dans la vessie, et des efforts de cet organe pour se débarrasser. Si, dès le début, on parvient à placer aisément une sonde, et que le malade en soit peu incommodé, les symptômes pourront être fort légers, et la plupart de ceux qu'on attribue à la cystite manqueront. On conçoit combien il importe de ne pas mettre sur le compte de cette dernière les accidents provoqués par la rétention d'urine, qui en est la conséquence; c'est le seul moyen de ne pas confondre l'une avec l'autre, deux maladies dont le traitement n'est point le même.

Beaucoup de circonstances, tenant, soit aux dispositions du sujet, soit à d'éventuelles complications, font varier la marche et la gravité de la cystite aiguë, qui accompagne d'autres lésions des voies urinaires. Ainsi, chez les calculeux, et spécialement chez ceux dont la vessie est hypertrophiée, la présence d'un corps étranger donne à l'inflammation vésicale un cours plus rapide, et aux symptômes une intensité plus prononcée; les contractions du viscère sont plus douloureuses. La cystite est alors fort grave, et la mort arrive presque toujours au milieu d'affreuses angoisses.

La cystite aiguë peut survenir dans les deux états de la vessie, sur lesquels, tant de fois déjà, j'ai appelé l'attention des praticiens, et qui exercent la plus grande influence sur les maladies de ce viscère. Lorsqu'elle se déclare à la suite de l'atonie de la vessie, de la stagnation prolongée de l'urine dans son réservoir, avec ou sans catarrhe chronique, non-seulement elle présente beaucoup de gravité, mais encore son invasion est plus rapide. C'est par la rétention d'urine qu'elle débute. A la vérité, cette rétention a été préparée de longue main; la vessie, privée de la con-

ctilité nécessaire pour chasser entièrement son contenu, reste semaines et même des mois entiers dans un état de demi-ıitude, de telle sorte que la rétention et, par suite, la cystite se déclarent qu'au moment où l'organe éprouve une surdis-sion accidentelle. Souvent cette rétention amène d'abord ımaturie, et pour peu qu'on laisse la vessie distendue, l'in-nmation s'empare de ses parois. Le malade éprouve alors une ıiété inexprimable; s'il rend de l'urine, elle est sanguinolente, re, souvent fétide; celle qu'on retire au moyen de la sonde a mêmes caractères. Dans la plupart de ces cas, au moment où ystite débute, la vessie étant surdistendue, il y a tumeur volu-ıeuse à l'hypogastre. Mais, par le fait de l'inflammation, cette ıeur, qui était indolente, devient douloureuse. D'un autre ś, les parois vésicales sont susceptibles d'augmenter rapide-nt d'épaisseur, et la tumeur persiste, quoique d'un volume indre, après l'évacuation de l'urine. J'ai indiqué les moyens distinguer si elle est formée par une accumulation d'urine ou l'épaississement des parois de la vessie. L'usage de la sonde ici d'une nécessité absolue. J'ai signalé de graves méprises ıs lesquelles étaient tombés des praticiens d'un grand mérite, avaient cru pouvoir émettre un avis sans recourir au cathé-ısme. Nous en trouvons un exemple dans Chopart. Un homme, cet écrivain, fut reçu à la Charité pour une rétention d'urine on attribuait à une cause rhumatismale; on n'avait pu le son-. La région hypogastrique était tendue; l'urine sortait par re-gement : il n'y avait ni fièvre, ni douleur pour uriner. On mit large vésicatoire sur le bas-ventre; au bout de dix-huit res, le malade commença à uriner volontairement, et, le len-ıain, la tension du ventre avait disparu. Évidemment, ici, il avait pas cystite, mais seulement rétention d'urine, et l'im-ıibilité du cathétérisme provenait, probablement, de l'impé-ı du chirurgien.

a cystite aiguë, compliquant d'autres altérations patholo-ıes de la vessie, peut être partielle et occuper seulement le vésical et ses alentours. On dit qu'alors les symptômes géné-x sont moins marqués, mais les épreintes pendant l'excrétion l'urine et les douleurs causées par la sortie du liquide, plus les. Il est bon de se rappeler que, dans ces cas, on prend sou-

vent pour une cystite ce qui n'est qu'une simple rétention d'urine. C'est ce qui explique pourquoi quelques auteurs considèrent la cystite comme une maladie fort rare, et d'autres la voient partout, surtout depuis l'invention de la lithotritie; car il y a aujourd'hui des praticiens qui la supposent chaque fois qu'ils observent une irritation du col vésical, avec augmentation de la contractilité du viscère, déterminée, soit par les manœuvres de l'opération, soit par la présence de quelques fragments de calcul.

Mais il ne faut pas se dissimuler que les moyens à l'aide desquels on prétend pouvoir distinguer si la cystite est partielle ou totale, sont fort incertains. Ainsi, malgré les affirmations de certains auteurs, de Sœmmering par exemple, il n'y a, ni dans la rétention d'urine, ni dans la tumeur qu'on sent à l'hypogastre ou par le rectum, ni dans le degré de la douleur, aucune particularité propre à faire penser qu'un point de l'organe soit affecté plutôt qu'un autre. Les faits qu'on pourrait alléguer à l'appui de l'opinion contraire, sont exceptionnels, et il ne faudrait pas s'attendre à les voir se reproduire, dans telle ou telle circonstance donnée. Si l'on en croit Sœmmering, les explorations par le rectum permettraient de reconnaître le point du col ou du bas-fond de la vessie qui est le siége de la cystite. Cette assertion manque d'exactitude : l'examen le plus attentif par le périnée ou l'anus ne fournit aucun renseignement précis à cet égard ; c'est par induction, et non d'après l'observation, qu'on a formulé ce moyen de diagnostic. Les phénomènes auxquels on a cru reconnaître que l'inflammation occupe les orifices des uretères, la face antérieure ou la face postérieure de la vessie, n'ont pas plus de valeur; on s'est livré, sous ce rapport, à des suppositions que l'expérience ne sanctionne point.

En géneral, le trigone est la partie que l'inflammation envahit la première et avec le plus d'intensité. On a cherché à expliquer cette prédisposition, en disant que c'est la partie la plus déclive de l'organe, ce qui manque d'exactitude. Il me paraît plus simple et plus rationnel de l'attribuer à la grande sensibilité dont jouit le col vésical. Les expériences des physiologistes modernes, notamment de Ch. Bell, me paraissent avoir effectivement établi que ce point est le centre de la vitalité de l'organe, celui d'où partent toutes les sensations.

Les névralgies du col vésical, dont je me suis longuement occupé, peuvent se propager au corps de la vessie. Elles prennent alors les noms de spasme ou de ténesme vésical, et y sont moins franchement dessinées qu'au col. Toutefois, sous leur influence, les parois de l'organe se contractent avec plus de force qu'elles ne devraient le faire; elles ne se laissent point écarter par l'urine, comme il arrive chez les sujets en santé, enfin elles repoussent avec une grande énergie les liquides qu'on y a introduits. Si le malade parvient à résister pendant quelque temps au besoin d'uriner, ou si l'on insiste pour remplir la vessie, au moyen d'une injection, il en résulte des épreintes et des contractions si impérieuses qu'il faut nécessairement s'arrêter. A cet état peut se joindre la cystite aiguë, qui forme alors la maladie principale, celle dont on doit spécialement s'occuper.

Je n'insisterai pas davantage sur le diagnostic de la cystite aiguë, considérée chez les sujets déjà atteints de lésions variées du corps ou du col de la vessie. Sous le point de vue pratique, les remarques qui précèdent suffiront pour la faire distinguer, et je n'ai pas le projet de reproduire les opinions diverses qui ont été émises à son égard. Sa fréquence est moins grande que ne le pensent beaucoup de praticiens, mais on la rencontre plus souvent que d'autres ne le prétendent.

3° *Marche et pronostic.*

La marche de la cystite aiguë est généralement très rapide, tout en offrant des nuances qui tiennent les unes aux causes, les autres aux dispositions individuelles, et quelques-unes à des complications diverses. Cette marche et la terminaison varient surtout, d'après le mode de traitement employé pour combattre les accidents. Très souvent, en effet, on parvient à enrayer la maladie au début, ou à en prévenir le développement; mais, si l'on ne réussit pas, les phénomènes généraux les plus inquiétants ne tardent pas à se développer. On observe souvent, pendant la période d'augmentation, une fièvre intense, avec mouvements nerveux et vomissements. Dans la plupart des cas, à la période suivante, il y a prostration générale profonde, hoquet, délire, irrégularité et intermittence du pouls, anéantissement progressif.

Cette forme de la cystite aiguë est d'autant plus grave et plus rapidement mortelle qu'elle a été, depuis plus longtemps, précédée d'une phlegmasie chronique. Celle qui succède à des causes accidentelles, telles qu'un refroidissement brusque, un excès de boissons alcooliques, le cathétérisme mal exécuté, les manœuvres de la lithotritie ou de la cystotomie, a généralement une allure moins rapide, moins effrayante, et, la plupart du temps aussi, présente beaucoup moins de gravité, pourvu toutefois qu'on ait grand soin d'empêcher l'accumulation prolongée de l'urine, et d'extraire les corps étrangers, précepte dont j'ai démontré l'utilité dans le *Traité de la lithotritie*. Ici, la cause déterminante est passagère. Lorsqu'elle n'a pas agi avec trop d'intensité, il est assez facile de se rendre maître de l'inflammation, en l'attaquant dès le début. Lorsque la vessie est naturellement très petite, la tumeur qu'elle forme est douloureuse, mais elle fait à peine saillie au-dessus de la symphyse pubienne, circonstance qu'il importe de ne pas perdre de vue, si l'on veut éviter les méprises dont j'ai cité plusieurs exemples, en parlant de la rétention d'urine et de l'hématurie.

La cystite aiguë qui se manifeste dans les cas d'hypertrophie de la vessie, mérite d'autant plus d'attention qu'elle est assez fréquente, et que les accidents locaux et généraux qu'elle détermine deviennent promptement graves. Dans la première période, les parois vésicales résistent à l'accumulation de l'urine; mais elles finissent bientôt par céder, et l'on voit des vessies racornies, à parois très épaisses, acquérir d'énormes dimensions; sous l'influence d'une phlegmasie qui paralyse la contractilité du viscère, avant même d'avoir fait naître des symptômes saillants. Ces symptômes ne commencent, en beaucoup de cas, à se prononcer, que lorsque la vessie est distendue par l'urine. Arrivée à ce point, la maladie présente les phénomènes de la rétention, réunis à ceux de la cystite aiguë, et le cas ne tarde pas à devenir très grave.

D'autres circonstances encore font varier les symptômes et le pronostic de la cystite aiguë. Chez les sujets très irritables, les mouvements convulsifs et le délire tiennent le premier rang, tandis que, chez ceux d'une constitution molle et lymphatique, l'affaissement, qui ne survient d'ordinaire qu'à la seconde période,

se manifeste pour ainsi dire dès le début. Alors aussi, on voit des congestions s'opérer vers le cerveau ou les poumons, tandis que, du côté de la vessie, les symptômes sont généralement faibles. Ce viscère reste mou et flasque; il cède, et forme une tumeur volumineuse, mais peu dure.

En résumé, la cystite aiguë développée pendant le cours de lésions diverses de l'appareil urinaire, a une gravité proportionnée au degré d'ancienneté, à la nature et à l'étendue de ces lésions; à la cause qui la détermine, à l'état du sujet, aux complications qui surviennent, et surtout à la manière dont elle est traitée. Dans un très grand nombre de cas, on peut faire avorter l'inflammation, en écartant sa cause, ce qui est d'autant plus facile que, le plus souvent, cette cause tient à l'accumulation de l'urine. Mais, lorsqu'on la traite mal, ou qu'on la néglige, elle se termine d'ordinaire par la mort. Cependant, les efforts les mieux combinés de l'art ne parviennent pas toujours à empêcher cette funeste issue.

Art. II. — Anatomie pathologique du catarrhe vésical.

Dans les chapitres précédents, j'ai indiqué les principales altérations organiques, constatées par l'autopsie, à la suite de plusieurs affections aiguës ou chroniques de la vessie. Il ne sera pas inutile, en ajoutant de nouveaux faits relatifs au catarrhe vésical, d'appeler encore l'attention des observateurs sur ce sujet important. En effet, c'est seulement par l'étude persévérante des faits, qu'on peut parvenir à bien connaître l'étendue des désordres que la phlegmasie détermine dans les parois du réservoir de l'urine, les uretères, les reins et même les tissus environnants.

Dans le catarrhe chronique, la membrane interne de la vessie est le siége principal des lésions. Le plus ordinairement, on la trouve livide, boursouflée, ramollie. Le réseau capillaire qu'elle renferme est, en général, assez développé, et plus ou moins gorgé de sang, fait qui avait déjà été constaté par Th. Bonet, Morgagni, Chopart, Montègre, etc. Dans quelques cas, il y a seulement des arborisations plus ou moins prononcées; quelquefois, les veines sont plus développées que de coutume, ce qui a fait dire à Sœmmering et autres qu'elles étaient variqueuses. Tantôt l'injection

vasculaire se fait remarquer sur toute l'étendue de la membrane muqueuse; tantôt, et le plus souvent, elle est bornée aux parties qui avoisinent le col ou le bas-fond. Cette circonstance prouve que le catarrhe vésical, même lorsqu'il est ancien et qu'il a de la gravité, peut n'être point général; car si l'inflammation avait occupé avec une égale intensité toute la surface interne du viscère, les lésions de texture qu'elle entraîne existeraient aussi partout, au même degré.

Les lésions constatées par l'autopsie sont subordonnées aux conditions diverses de la phlegmasie. Dans les catarrhes commençants, lorsque la mort a été le résultat d'une autre maladie ou d'un accident, on n'aperçoit généralement que des plaques disséminées sans régularité, et dont la couleur, rouge ou livide, plus marquée au centre, diminue d'intensité à la périphérie. Un adulte, atteint depuis longtemps d'une fistule périnéale, fut pris tout à coup de néphrite aiguë, avec symptômes cérébraux, qui causa la mort au cinquième jour : je trouvai les traces d'une vive inflammation dans le rein droit; un calcul obstruait l'orifice supérieur de l'uretère gauche dont le rein était atrophié; la vessie offrait des plaques d'un rouge vif, avec injection des vaisseaux; les plus grandes et les plus nombreuses de ces plaques occupaient la face postérieure et le sommet.

Chez un autre adulte, mort phthisique, dans le service des calculeux, nous avons trouvé les reins hypertrophiés et contenant un grand nombre de petits abcès; la surface interne de la vessie avait une teinte rouge plus foncée que de coutume; près du col, existaient des arborisations vasculaires, disposées sans régularité. Immédiatement au-dessus de l'orifice interne de l'urèthre, on distinguait une veinule sensiblement dilatée, dans l'étendue de 12 à 15 millimètres. Cette veinule devenait très saillante quand on refoulait le liquide qu'elle contenait. Le malade avait présenté quelques symptômes d'atonie vésicale et de catarrhe; de loin en loin aussi, il accusait des douleurs à la région lombaire, mais ces douleurs n'avaient rien de constant, et n'étaient pas en rapport avec les lésions qui furent découvertes dans les reins.

Lorsque le catarrhe est plus avancé, toute la surface interne de la vessie est ordinairement tachetée d'une manière uniforme.

La couleur, l'étendue et le nombre des taches varient à l'infini. Quelquefois, elles sont cendrées, sur un fond grisâtre; mais généralement elles ont une teinte noirâtre, et reposent sur un fond livide. Chez certains sujets, elles sont fort petites et très rapprochées les unes des autres, ce qui donne à la membrane un aspect tout particulier; elles ne font pas de saillie appréciable. J'ai vu cependant, chez un malade que l'on avait cru atteint de la pierre, et qui succomba, peu de jours après son entrée dans le service des calculeux, par suite d'une inflammation de la vessie; j'ai vu, dis-je, la membrane muqueuse de ce viscère parsemée de granulations d'un gris noir, d'une étendue et d'une épaisseur très variées : quelques-unes étaient discrètes, surtout vers le sommet et la face antérieure, tandis que, vers le bas-fond et la partie postérieure, elles étaient confluentes et formaient des plaques, dont deux étaient aussi larges qu'une pièce de cinq francs. Le malade rendait habituellement une urine purulente et fétide : il mourut dans un état de marasme.

Cette dernière circonstance distingue les simples taches, des vésicules ou phlyctènes qui les accompagnent assez fréquemment, et qui, parfois, constituent de véritables tubercules ou granulations, contrastant par leur teinte jaunâtre avec la coloration du reste de la vessie. L'éruption vésicale a souvent une grande étendue : je l'ai vue se propager jusque dans la partie membraneuse de l'urèthre. En général, les vésicules m'ont paru d'un gris foncé, tandis que les espaces intermédiaires étaient d'un noir bleuâtre.

J'ai parlé plusieurs fois d'une pâleur remarquable que présente la surface interne de la vessie, dans certains cas d'atrophie et de paralysie. Cette décoloration a lieu également après quelques catarrhes anciens, mais peu développés, de telles sorte qu'à l'inspection du cadavre on ne soupçonnerait jamais que les abondantes mucosités dont l'urine sortait chargée pendant la vie, pussent provenir de la vessie. Ce ne sont là, toutefois, que des circonstances rares et exceptionnelles.

Il est plus commun de voir la face interne de la vessie couverte d'une couche grise, faisant pour ainsi dire corps avec la membrane muqueuse, et ayant plusieurs millimètres d'épaisseur en certains endroits, notamment près du col. J'ai rencontré cette

couche, non-seulement dans l'appareil urinaire, mais encore dans les voies aériennes et digestives. Chez un de mes malades, l'urèthre lui-même en était tapissé, et on l'apercevait au méat urinaire, aussi bien que dans la bouche et le pharynx, simultanément affectés. La phlegmasie diphthéritique entraîna la mort. Chez un autre sujet, que j'avais soumis à la lithotritie, le même phénomène eut lieu, et ne se fit connaître que par un grand nombre d'épais lambeaux entraînés avec l'urine et les matières fécales; mais ici la maladie se termina d'une manière heureuse. J'ai retrouvé cette particularité chez plusieurs autres sujets : les uns sont morts, les autres ont survécu, après une ou plusieurs desquamations. Jadis, on attribuait ces pseudo-membranes à l'exfoliation de la muqueuse vésicale; aujourd'hui on pense généralement que leur formation ne diffère pas de celle des fausses membranes qui se produisent dans le croup. Quoi qu'il en soit, elles flottent quelquefois dans l'intérieur du réservoir de l'urine, avant de se détacher, et comme elles ont souvent beaucoup de consistance, elles peuvent induire en erreur le praticien qui n'a pas une grande habitude du cathétérisme. L'aspect qu'elles donnent à la vessie ressemble parfaitement à celui que ce viscère offre après avoir été soumis à une macération prolongée. Je les ai rencontrées dans les cas d'atrophie, aussi bien que dans ceux d'hypertrophie. Elles s'observent de préférence dans les catarrhes anciens, chez les sujets d'un tempérament lymphatique. Jamais je ne les ai rencontrées, lorsque les dépôts de l'urine avaient persisté pendant longtemps avec la forme purulente. Sous aucun rapport, elles ne diffèrent de celles qui se développent quelquefois chez les personnes attaquées de la pierre, et dont j'ai cité un grand nombre d'exemples dans le *Traité de l'affection calculeuse*.

La suppuration peut avoir lieu à la suite des inflammations violentes de la vessie. J'ai cité plusieurs cas dans lesquels les parois de l'organe étaient en quelque sorte infiltrées de pus. Dans d'autres, le pus s'était ramassé en foyer, et formait des dépôts, auxquels j'ai précédemment consacré un chapitre spécial, qui me dispense d'insister de nouveau sur ce sujet.

Les auteurs parlent d'inflammations de la vessie qui se sont terminées par gangrène, ainsi que je l'ai dit page 308 du *Traité*

de l'affection calculeuse. Cette funeste terminaison a lieu surtout chez les calculeux qui sont exposés aux cystites les plus aiguës et les plus intenses. Cependant, on l'observe aussi, quelquefois, à la suite des phlegmasies vésicales indépendantes de l'affection calculeuse. Au reste, il ne faut pas toujours croire à la gangrène parce qu'on trouve la surface interne de l'organe brune, noirâtre ou livide; car ce phénomène n'est pas rare dans des cas où les symptômes inflammatoires avaient eu réellement peu d'intensité, tandis qu'il manque dans d'autres, où la phlegmasie avait été fort grave. La véritable gangrène est caractérisée par des eschares plus ou moins épaisses, grisâtres, peu consistantes, exsangues, limitées par une ligne inflammatoire, et auxquelles succèdent, si la vie des malades se prolonge, des ulcérations, et même des perforations de la vessie. Chopart parle d'un homme qui périt d'une rétention d'urine causée par la tuméfaction de la prostate; l'urine s'était épanchée dans le bassin, par une crevasse gangréneuse, ayant environ six lignes de diamètre. On a vu aussi des eschares de cette nature vers le sommet de la vessie. Quelquefois, la gangrène envahit la presque totalité du viscère, et s'étend même aux parties voisines, comme dans un cas cité par Morgagni. La cause la plus ordinaire de ce mode funeste de terminaison est la rétention d'urine prolongée; mais chez les femmes, il en existe une toute spéciale : la compression que la tête de l'enfant exerce sur l'urèthre et le col vésical, dans les accouchements laborieux.

La cystite est quelquefois suivie d'une augmentation d'épaisseur des parois vésicales, qu'il faut distinguer de l'hyperthrophie de la couche musculeuse, et des saillies formées par les faisceaux de fibres charnues, qui constituent les vessies à colonnes, dont je me suis occupé dans les chapitres précédents. L'épaississement dont il est ici question, tient au développement de la membrane muqueuse exclusivement. Broussais cite un cas dans lequel il trouva la vessie un peu distendue, et contenant un liquide analogue, pour la couleur et la consistance, à du petit-lait trouble; la membrane muqueuse n'était rouge qu'au voisinage du col, et surtout au trigone; mais elle était manifestement épaissie, rugueuse, et beaucoup plus dure au toucher que dans l'état normal. Le même fait, déjà signalé par Morgagni, a été observé aussi

par M. Rostan. J'ai vu des cas analogues. Bien entendu que l'on ne confondra cet état, ni avec les granulations dont la surface interne de la vessie est quelquefois parsemée, et qui lui donnent un aspect rugueux, ni avec aucun des désordres de tous genres dont les tissus sous-jacents à la membrane muqueuse peuvent être le siége.

Parmi les altérations des tissus sous muqueux, il en est quelques-unes sur lesquelles l'attention des praticiens ne saurait être trop appelée. Je veux parler de leur infiltration, de leur épaississement, de leur induration. Le tissu cellulaire situé sous la membrane muqueuse, et dans l'interstice des fibres charnues, devient souvent dense et gonflé, par le fait de l'inflammation, ce qui donne une épaisseur et une roideur insolites aux parois de l'organe, et a pu, dans bien des circonstances, faire croire qu'elles avaient subi une dégénérescence squirrheuse. Une dissection minutieuse m'a fait reconnaître, dans cet état, trois modifications bien distinctes : tantôt le tissu cellulaire seul est atteint, sans que les fibres charnues aient subi aucune modification; tantôt celles-ci ont elles-mêmes acquis plus de développement; quelquefois, enfin, tous les éléments des parois vésicales sont confondus ensemble, à tel point qu'on ne distingue plus rien de la structure connue de l'organe.

Dans certains cas cependant, au lieu d'une induration, c'est un ramollissement, une sorte d'infiltration que l'on rencontre. Les parois de la vessie sont flasques, baignées ou plutôt pénétrées d'une sanie purulente, qui colore en rouge le tissu cellulaire intermusculaire. Cette infiltration varie, sous le rapport de son étendue et de la quantité du liquide qui la forme. L'épaisseur qu'elle peut donner aux parois vésicales est parfois si considérable que l'organe, sans contenir d'urine, forme au-dessus des pubis une tumeur saillante, d'un certain volume. J'en ai cité un cas remarquable, qui n'est pas le seul que la pratique m'ait offert. Presque toujours il existe en même temps, une diminution sensible de la capacité du viscère, qui peut à peine contenir quelques cuillerées de liquide; le fait n'est cependant pas sans exception.

Les lésions déterminées par la phlegmasie catarrhale ne se bornent pas toujours à la vessie. Souvent l'urèthre, surtout dans

sa partie profonde, présente une teinte livide, et tous les autres caractères de l'inflammation qui, pendant la vie, s'est étendue jusqu'à lui. On comprend alors que la présence des sondes ait été insupportable aux malades. Plus d'une fois, j'ai constaté qu'il n'y avait, en ce qui concerne les traces de la phlegmasie, aucune ligne de démarcation entre le canal et la vessie.

Dans un cas observé à l'Hôtel-Dieu, on a trouvé, au-devant de la prostate, une perforation de l'urèthre, communiquant avec une poche bien circonscrite et pleine d'urine; le malade avait un rétrécissement uréthral, qui s'était reproduit quatre fois dans l'espace de trente-six ans. Il offrait, en outre, un engorgement considérable de la prostate. On éprouva de grandes difficultés pour introduire une sonde, et tout porte à croire que l'urèthre fut lésé dans les manœuvres de l'opération (1). Au reste, la vessie était petite, épaisse et parsemée de nombreuses colonnes, entre lesquelles existaient de petits culs-de-sac tapissés par une membrane muqueuse rouge, épaissie et ramollie. Ces culs-de-sac étaient autant de cellules, dont une communiquait, par un très petit pertuis, avec la cavité péritonéale, dans laquelle on trouva épanché un mélange d'urine et de pus.

J'ai vu plus rarement la phlegmasie vésicale propagée vers les uretères. Ce n'est que de loin en loin qu'on observe, dans ces conduits, des plaques rouges ou noirâtres. Deux sujets seulement m'ont offert la membrane muqueuse urétérale affectée dans toute son étendue.

Les altérations éloignées qu'on rencontre le plus communément, à la suite des catarrhes vésicaux anciens, sont celles des reins, tantôt d'un seul, et tantôt des deux côtés à la fois. Fréquemment alors, les uretères sont pleins de pus, après la sortie duquel leur membrane interne apparaît enflammée ou même ulcérée.

(1) Ce n'est là qu'une supposition. Il est constaté, en effet, par des observations récentes et déjà nombreuses, que la partie de l'urèthre antérieure au rétrécissement peut devenir le siége de désordres graves et aussi de perforation, alors même que le sujet n'a été soumis à aucune tentative de cathétérisme. Chez d'autres malades, qui avaient été sondés, tout portait à penser que la sonde n'avait produit aucun désordre, et cependant on a trouvé des ulcérations larges et profondes, et des infiltrations considérables d'urine. On ne se rend pas raison de ces altérations, de ces destructions des parois uréthrales en avant du point rétréci, et cependant leur existence ne saurait être contestée.

Rien n'est plus commun non plus que de trouver les uretères, les bassinets et les calices dilatés, phénomène difficile à expliquer dans les circonstances où, pendant la vie, rien ne s'oppose à la libre sortie de l'urine, c'est-à-dire où il n'y a, ni rétrécissement de l'urèthre, ni engorgement de la prostate.

J'ai dit précédemment, et l'on ne saurait trop répéter, que ce sont les maladies consécutives des reins qui entraînent la mort de la plupart des personnes attaquées de lésions des voies urinaires. Sous ce rapport, le catarrhe vésical ne fait point exception; il est, au contraire, une des causes qui déterminent le plus spécialement et avec le plus d'efficacité les affections graves des glandes chargées de sécréter l'urine.

Je me borne à cette indication sommaire des altérations organiques constatées par l'ouverture des corps, après les phlegmasies de la vessie. Pour les détails, je dois renvoyer à ce que j'ai dit en traçant l'histoire des lésions des parois vésicales, et aussi au *Traité de l'affection calculeuse*, où sont consignés un grand nombre de faits propres à mettre en évidence les désordres qui peuvent résulter de l'inflammation. Ces désordres sont à peu près les mêmes, de quelque cause que dépende la phlegmasie, et ne diffèrent pas, d'une manière notable, soit qu'ils tiennent exclusivement à l'inflammation vésicale, soit qu'ils succèdent à des états morbides, ayant eu d'abord pour effet de gêner et d'entraver l'excrétion de l'urine.

Art. III. — Des différentes espèces de catarrhe vésical.

Au catarrhe vésical s'appliquent les remarques que j'ai faites en traitant de l'hématurie, de l'incontinence, de la rétention d'urine, etc. Il ne s'agit point ici d'une maladie essentielle, mais de l'effet consécutif d'un assez grand nombre d'états morbides de l'appareil urinaire et des tissus voisins. Ce qui distingue le catarrhe des autres phénomènes secondaires que j'ai déjà passés en revue, c'est qu'il a une existence en général plus longue, des formes et des conséquences plus variées. Je viens de faire voir que ce qui le constitue spécialement, aux yeux du vulgaire et de quelques médecins, c'est un dépôt de certaine nature, contenu dans l'urine, avec des sensations particulières, produites par la

sortie du liquide. Mais le dépôt est la conséquence d'une phlegmasie de la surface vésicale, et cette phlegmasie est elle-même la conséquence d'un état morbide préexistant, en sorte qu'il y a trois choses bien distinctes à considérer dans le catarrhe vésical : la phlegmasie, ses produits, et les états morbides primitifs. Les deux premiers points ont été examinés dans les articles précédents. Quant aux états morbides préexistants, je n'ai point à m'en occuper ici, puisqu'ils ont également fait le sujet de chapitres spéciaux. Il ne me reste donc plus qu'à envisager, sous le point de vue pratique, la maladie dans ses espèces, c'est-à-dire d'après les causes qui la provoquent, les circonstances au milieu desquelles elle se développe, et à faire connaître le traitement qui lui est applicable dans chaque série de cas. J'aurai à revenir plus d'une fois sur des idées déjà émises; mais l'importance du sujet fera pardonner quelques répétitions, ainsi que les détails minutieux dans lesquels il m'a paru utile d'entrer.

§ 1. — Catarrhe vésical produit par un état névralgique de l'urèthre et du col de la vessie.

Ainsi que nous l'avons déjà vu, lorsqu'ils ont acquis un certain degré d'intensité, et qu'ils durent depuis longtemps, les états névralgiques de l'urèthre et du col de la vessie entraînent la manifestation d'un catarrhe vésical, indépendamment des symptômes propres et des troubles dans l'excrétion de l'urine qui les caractérisent. Toutefois, ce catarrhe n'est généralement prononcé qu'à un faible degré. Les dépôts muqueux, contenus dans l'urine, sont alors en petite quantité, soit qu'ils se prennent en masse, soit qu'ils demeurent sous la forme de filaments isolés, nageant dans le liquide. Il est rare aussi que le passage des mucosités à travers l'urèthre détermine, du moins au début, la sensation brûlante dont se plaignent d'autres malades. Ici, le catarrhe vésical ne mérite réellement de fixer l'attention qu'en ce qu'il indique une certaine intensité de la névralgie, la propagation de l'irritation du col vésical à la face interne du viscère, et surtout un léger état d'atonie de ce dernier. Du reste, bien que les malades s'en inquiètent souvent beaucoup, il n'a pas de gravité. On le voit disparaître de lui-même, et sans traitement par-

ticulier, dès qu'on fait cesser l'état pathologique dont il est une des conséquences. Ces cas me paraissent si simples, qu'aujourd'hui j'ai de la peine à comprendre que des praticiens, même distingués, commettent des méprises à leur égard. Cependant le fait est incontestable, et journellement on voit des malades qui ont été traités sans succès, parce que l'on n'a pas reconnu la véritable cause de la phlegmasie. Avant que mes idées fussent rectifiées, et aussi longtemps que ma pratique fut réglée par les opinions en crédit, j'éprouvai de nombreux revers. Je ne saurais donc trop insister sur ce point, afin de faire passer dans l'esprit du lecteur la profonde conviction dont le mien est pénétré, au sujet de l'influence qu'un simple accroissement de la sensibilité et de la contractilité de l'urèthre et du col vésical peut exercer sur la production du catarrhe. Toutefois, il me paraît hors de propos d'ajouter de nouveaux faits à ceux, déjà très nombreux, que j'ai fait connaître dans les volumes précédents. L'existence du catarrhe vésical ne modifie en rien le traitement de l'état névralgique, à moins qu'il n'ait été négligé, et qu'il n'existe en même temps quelques-unes des autres affections morbides dont je parlerai plus loin, ou qu'on ait à combattre, outre la maladie primitive, les perturbations déterminées par des moyens empiriques plus ou moins énergiques. Dans ces différents cas, le catarrhe, ayant été méconnu ou mal combattu, peut se montrer opiniâtre, et même résister au traitement le plus rationnel.

§ 2. — Catarrhe vésical produit par les rétrécissements organiques, ou par l'induration des parois de l'urèthre.

Si une névralgie, ou une simple exaltation de la sensibilité de l'urèthre et du col vésical suffisent, lorsqu'elles persistent pendant un certain laps de temps, pour rendre l'excrétion de l'urine difficile et fatiguante, au point d'entraîner une affection catarrhale de la vessie, à plus forte raison doit-on s'attendre à rencontrer cette dernière, lorsque l'urèthre est rétréci organiquement, ou que ses parois ont perdu leur souplesse et leur élasticité normales. Il y a toutefois une distinction importante à établir, relativement à ce qui se passe dans la vessie. Nous avons vu que, dans certains cas, l'organe, obligé de déployer une force

proportionnée à l'obstacle, passe à un état d'hypertrophie, que ses parois acquièrent une épaisseur considérable, et que ses contractions énergiques suffisent pour chasser l'urine, sans trop le fatiguer; en sorte que l'équilibre peut se maintenir longtemps, et longtemps aussi un rétrécissement, même considérable, persister sans qu'il en résulte de catarrhe. Mais nous avons vu également que, dans d'autres circonstances, la vessie, au lieu d'augmenter d'épaisseur et d'énergie en proportion de l'obstacle dont l'urèthre est le siége, reste dans les conditions ordinaires, si même ses parois ne s'appauvrissent, ce qui arrive plus fréquemment qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour. En pareil cas, il est évident que la fréquente répétition de contractions pénibles et insuffisantes doit amener graduellement des désordres dans la vessie, et spécialement le catarrhe. Celui-ci résulte alors non-seulement de la fatigue de l'organe, mais encore du séjour prolongé de l'urine. Aussi la pratique l'offre-t-elle à chaque instant, déterminé par l'influence de cette cause, et sous des formes variées à l'infini.

Lorsque la coarctation est considérable, facile à constater et mise hors de doute par des explorations directes, on lui attribue généralement le catarrhe. Il n'y a qu'un bien petit nombre de circonstances où, par l'effet d'une préoccupation inexplicable, on ne cherche pas d'abord à constater cette cause et à l'écarter. Lorsqu'on y est parvenu, ce qui est l'objet de toute pratique rationnelle, et que la voie de l'urine est redevenue libre, l'affection catarrhale disparaît d'elle-même. Ce n'est que de loin en loin qu'on rencontre des cas dans lesquels d'anciens rétrécissements uréthraux, trop longtemps négligés, finissent par déterminer des catarrhes persistants, plus ou moins aigus, et d'autant plus graves qu'on ne peut faire cesser subitement la cause qui les entretient. C'est alors qu'on voit survenir ces cystites profondes, dans lesquelles l'inflammation s'empare de tous les tissus qui forment les parois vésicales, et dont la terminaison est trop souvent funeste. Le praticien éprouve beaucoup d'embarras, car l'urèthre est quelquefois si rétréci qu'on ne peut essayer d'introduire une sonde sans donner lieu à de fâcheux ébranlements.

Je suppose donc un cas où la rétention d'urine et la cystite existent en même temps, et s'influencent l'une l'autre. J'ai fait voir ailleurs à combien de difficultés la complication des rétré-

cissements uréthraux et de la rétention d'urine peut donner lieu. On en rencontre bien plus encore ici, où il ne suffit pas de donner issue au liquide pour amener la cessation des accidents, puisqu'au lieu de deux états morbides seulement, il y en a trois : la coarctation, la rétention et la cystite. Pour prévenir l'accumulation de l'urine dans la vessie, principale cause de la cystite, il faut passer une sonde, la fixer à demeure, ou la réintroduire à chaque besoin d'uriner. Mais ces deux modes de traitement, les seuls applicables, entraînent eux-mêmes une irritation qui contribue, sinon à exaspérer, du moins à entretenir la phlegmasie vésicale. D'un autre côté, si on les néglige, la surdistension de la vessie par l'urine ne tarde pas à exercer de nouveau son influence. Le cas peut devenir des plus difficiles, surtout lorsque la phlegmasie a beaucoup d'intensité. La règle générale est qu'il faut vider la vessie; mais le cathétérisme étant souvent très douloureux, on se trouve conduit, malgré soi, à laisser l'urine séjourner plus longtemps et en plus grande quantité qu'il ne le faudrait, et, par suite, à voir l'inflammation augmenter d'intensité.

En se bornant, comme on le fait dans la pratique ordinaire, à l'emploi des saignées générales et locales, des bains prolongés, des cataplasmes émollients, des lavements calmants, et, pour tout exprimer d'un seul mot, à l'application du traitement antiphlogistique, on peut soulager pour quelques instants, mais on n'obtient pas les résultats définitifs que l'on espère. Il est facile de le comprendre, puisque l'accumulation de l'urine dans la vessie est la principale cause de la cystite, et qu'on ne fait rien de suffisant pour l'écarter. On ne doit donc pas hésiter à joindre aux antiphlogistiques les moyens propres à faciliter l'écoulement de l'urine. Ces moyens varient selon les circonstances; je les ai fait connaître en traitant de la rétention. Ce que je dois ajouter ici, c'est qu'en pareil cas il faut redoubler de soin et de prudence, car la moindre perturbation peut faire prendre beaucoup de gravité à la cystite. Je citerai, à l'appui de cette remarque, les deux faits suivants, qui se sont offerts à l'hôpital Necker.

Un homme d'une quarantaine d'années éprouva, il y a environ quinze ans, des difficultés d'uriner qui furent attribuées à une gonorrhée mal traitée. Cette gonorrhée persista, sous forme

chronique, accompagnée de sensations pénibles, quelquefois de véritables douleurs, surtout durant les érections. Pendant longtemps le malade négligea son état; mais enfin une phlegmasie de la vessie étant survenue, l'intensité croissante des symptômes le força de réclamer les secours de la chirurgie. On fit plusieurs tentatives pour introduire une sonde; les douleurs insupportables qu'elle occasionna obligèrent d'y renoncer. Les antiphlogistiques et les calmants n'eurent non plus aucun résultat satisfaisant. Le malade entra alors dans le service des calculeux : besoins très fréquents d'uriner; efforts prodigieux pour les satisfaire; état muqueux, fétide et puriforme de l'urine rendue; perte de l'appétit et du sommeil; fièvre continuelle; altération de toutes les fonctions; dépérissement rapide. Je m'assurai que l'urèthre était considérablement rétréci sous l'arcade pubienne. Le malade frémissait quand on lui parlait de sondes ou de bougies. Il fallait cependant recourir à ces instruments, car la dilatation du canal était urgente, et l'on avait tout à craindre de la surdistension de la vessie. A l'aide de bougies molles, introduites chaque jour et laissées en place quelques instants seulement, je parvins à diminuer l'irritabilité de l'urèthre, ce qui rendit l'émission de l'urine beaucoup plus facile. Tous les accidents diminuèrent progressivement, à mesure que la dilatation des points rétrécis s'opéra.

Cependant la guérison ne marchait pas d'une manière aussi prompte et aussi régulière que je l'aurais désiré; il fallait en rechercher la cause. D'abord, je constatai que la vessie ne contenait pas de pierre, bien que le sujet eût présenté la plupart des signes rationnels de cette affection, et qu'elle eût paru probable à plusieurs médecins. La prostate était dure et tuméfiée : la vessie ne se vidait pas complétement. J'eus recours aux injections, et, plus tard, aux dérivatifs, notamment sur la région hypogastrique. Il y eut de l'amélioration, tous les phénomènes morbides généraux disparurent, et les fonctions nutritives se rétablirent. Cependant celles de la vessie ne s'accomplissaient pas encore avec la régularité désirable; de temps à autre des mucosités paraissaient dans l'urine. Mais le séjour de l'hôpital fatiguait le malade, qui sortit, espérant que la guérison s'achèverait par les seuls efforts de la nature. Au bout d'un mois, il rentra, éprouvant des cuissons en urinant; la vessie avait de la

peine à se vider. On eut recours de nouveau aux injections, aux bains, aux lavements émollients, aux frictions avec la pommade stibiée. Le mieux se rétablit, et le sujet partit dans un état très satisfaisant : je ne l'ai plus revu. Ainsi cet homme, chez lequel la simple tentative de passer une sonde faisait naître des accidents, qui avait un catarrhe purulent de la vessie, et dont la santé générale paraissait détruite, supporta très bien la dilatation temporaire, se débarrassa de son catarrhe, et recouvra une santé à peu près parfaite.

Quelque temps après, se présenta un de ces cas graves de rétention d'urine, compliquée de catarrhe, dans lesquels les progrès du mal rendent, le plus ordinairement, les ressources de l'art insuffisantes. C'était un vieillard, plus que sexagénaire, épuisé par des souffrances vives, continues et fort anciennes. Ce malade avait un rétrécissement de l'urèthre tellement considérable, que toute tentative pour introduire la plus fine bougie fut inutile. On avait déjà échoué, lorsqu'il entra à l'hôpital, par tous les moyens propres à combattre l'irritation et à faciliter l'écoulement de l'urine. La vessie était distendue; elle formait une tumeur volumineuse dans la cavité abdominale, et l'on craignait ou qu'elle se rompît, ou qu'elle ne fût envahie par une inflammation désorganisatrice. Je fis de légères tentatives pour introduire une sonde très déliée; l'instrument pénétrait peu et avec difficulté. Ces tentatives répétées n'eurent point de résultat. Les accidents, au lieu de diminuer, s'exaspéraient de plus en plus : il y avait de la fièvre, et les angoisses étaient extrêmes. Je me déterminai donc à revenir au cathétérisme. J'introduisis, cette fois, une petite sonde métallique, laquelle était fortement serrée par l'obstacle, ce qui me fit penser que le rétrécissement était long, ou qu'il y en avait plusieurs. Arrivé à la prostate, je rencontrai de nouvelles difficultés, qui furent surmontées avec bonheur; cette glande était volumineuse : l'urèthre et le col vésical étaient, en outre, fort irritables. Craignant que l'état pathologique ne fût exaspéré par le séjour de la sonde, je la retirai après avoir vidé la vessie. J'était fondé à croire que je parviendrais de nouveau à vaincre l'obstacle, et que la dilatation s'opérerait peu à peu par les introductions réitérées de l'instrument, ce qui a lieu en effet dans beaucoup de cas Mais, quelques

heures après le retrait de la sonde, survint de la fièvre, qui fut suivie de sueurs et d'envies de vomir : les traits se décomposèrent, les forces s'anéantirent et le malade succomba. La vessie s'élevait jusqu'à l'ombilic. Elle avait extérieurement une couleur brune. Cette couleur était surtout prononcée dans un prolongement du sommet de l'organe, formé par du tissu cellulaire infiltré, et par l'ouraque, rompu à 3 centimètres de son extrémité ombilicale. Le viscère contenait environ un litre d'urine sanguinolente et quelques caillots sanguins. Sa surface interne était légèrement rouge, notamment à la partie antérieure, au-dessus de l'orifice de l'urèthre, où l'on voyait de petites ulcérations superficielles. Ses parois avaient moins d'épaisseur qu'elles n'en ont ordinairement dans ces cas. L'urèthre était fortement rétréci au-dessous de l'arcade pubienne. On eut de la peine à y introduire un très petit stylet, qui ne put pénétrer que d'arrière en avant : le rétrécissement avait près d'un centimètre de long. En avant, le canal n'offrait rien de particulier; mais, en arrière, il y avait un élargissement, où la membrane muqueuse était rouge et un peu épaissie.

Ce fait présente plusieurs circonstances dignes de remarque, telles que l'exaspération subite et rapide de la maladie, sans cause appréciable, autre que l'évacuation devenue indispensable de l'urine, et la marche effrayante des accidents, après l'introduction d'une petite sonde, à travers l'obstacle, bien que l'instrument n'eût produit aucune lésion de tissu. La rupture de l'ouraque, un épanchement de sang dans l'épaisseur des parois de la vessie, les ulcérations de sa membrane muqueuse, la dilatation de la partie profonde de l'urèthre, etc. ; tous ces désordres, conséquences d'une surdistension prolongée, ne pouvaient être appréciés pendant la vie ; et bien qu'on soupçonne qu'ils puissent exister, le chirurgien demeure à cet égard, pour chaque cas spécial, dans l'incertitude la plus complète. Toutefois, dans celui dont il s'agit, et dans tous ceux qui ont de l'analogie avec lui, il y a une indication pressante à remplir, c'est de faire cesser la rétention d'urine. Mais il ne faut se dissimuler ni les difficultés de l'opération, ni les accidents qu'elle pourra provoquer directement ou indirectement. La ponction de la vessie peut quelquefois être indiquée, surtout lorsque le chirurgien n'a pas une grande habi-

tude du cathétérisme : elle fait cesser les accidents de la rétention d'urine, et procure un temps de répit, dont on profite pour employer des moyens en rapport plus immédiat avec la cause du grave état qui met les jours du malade en danger.

Lorsque, par les combinaisons que je viens d'indiquer, on est parvenu à enrayer la marche des accidents, que le cours de l'urine est rétabli, que l'inflammation diminue d'intensité, et qu'elle passe à l'état chronique, les inquiétudes et les embarras s'évanouissent, et le traitement devient de plus en plus simple. Il suffit de ramener l'urèthre à son état normal de souplesse, de dilatabilité et d'élasticité, pour que l'affection catarrhale cesse d'elle-même, du moins dans l'immense majorité des cas.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des rétrécissements uréthraux assez considérables pour fixer d'abord l'attention du praticien, et lui faire éviter toute méprise, quant à la cause du catarrhe vésical. Il n'en est pas de même des cas si fréquents où les parois urethrales ont seulement perdu de leur élasticité et de leur souplesse. S'il existe une véritable coarctation organique, elle n'est point assez avancée pour empêcher l'introduction d'une sonde ordinaire, et le malade expulse encore l'urine sous forme de jet. Fort souvent alors, on ne songe point à l'état du canal, et l'on ne voit que l'affection catarrhale de la vessie. Ces cas peuvent devenir la source de graves erreurs, que la pratique de chaque jour nous met sous les yeux. J'ai traité, à l'hôpital Necker, un homme de quarante-six ans, qui souffrait depuis longtemps à la région vésicale ; mais les douleurs étaient vagues, profondes, sans caractère déterminé, et les dépôts de l'urine très variables. N'ayant obtenu aucun soulagement des moyens mis en usage par deux praticiens, il entra dans le service des calculeux. Je trouvai l'urèthre et le col vésical très irritables. Mon premier soin fut de diminuer cette irritabilité par la méthode dont j'ai déjà parlé tant de fois. Le développement d'une orchite, qui se termina par suppuration, obligea d'interrompre l'usage des bougies, à la reprise desquels je reconnus que, vers la partie profonde de l'urèthre, les parois du canal offraient de la dureté et de la résistance. Les bougies n° 10 étaient fortement serrées en cet endroit. Évidemment, il y existait un rétrécissement, que l'on n'avait pas reconnu d'abord. J'employai la dilatation temporaire, en procédant avec

lenteur. Les symptômes du catarrhe diminuèrent à mesure que l'urèthre acquit plus de calibre et de souplesse. Les douleurs en urinant disparurent, et le malade sortit de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant. Je lui recommandai d'introduire tous les huit jours une bougie n° 11.

Un homme éprouvait, depuis dix ans, un dérangement dans les fonctions de la vessie, et surtout des besoins fréquents d'uriner, avec difficulté pour les satisfaire. Durant les six premières années, les symptômes furent peu graves; mais ils augmentèrent ensuite, au point d'empêcher le malade de remplir des fonctions pénibles dont il était chargé. Il réclama les soins de plusieurs praticiens, dont les conseils ne lui furent pas utiles. Plus tard il s'adressa à Dupuytren, qui le reçut dans son service. Après l'avoir sondé et reconnu que l'urèthre était libre, que la vessie ne contenait pas de corps étrangers, le célèbre chirurgien le mit à l'usage de la térébenthine, dont il lui fit prendre jusqu'à 24 grammes par jour. Au bout de deux mois, il y eut un peu d'amélioration, et le malade sortit de l'hôpital. Quelques semaines après, les accidents du catarrhe reparurent avec plus d'intensité qu'auparavant, et il se fit admettre dans le service de M. Velpeau, qui le soumit à un traitement antiphlogistique, notamment par les sangsues, dont on appliqua plus de six cents au périnée et à l'hypogastre. Ce traitement ne produisit aucun amendement dans les symptômes locaux, et fut suivi d'un dérangement notable de la santé. Le malade me fut alors adressé. Il y avait déjà perte de l'appétit et du sommeil; l'urine contenait beaucoup de matière puriforme. Après quelques jours de repos, j'explorai la vessie; l'urèthre était fort irritable, et une sonde ordinaire ne pénétrait pas aisément, surtout au-dessous des pubis.

Mon premier soin fut de diminuer l'irritabilité du canal par l'emploi des bougies molles. La première, du n° 8, passa sans la moindre difficulté; celle du n° 9 fut un peu serrée à la courbure, et celle du n° 10 rapporta une empreinte constatant l'existence d'un rétrécissement organique. Je continuai l'emploi des bougies, mais en procédant avec plus de lenteur, dans l'augmentation de leur volume, que s'il se fût agi d'une simple névralgie. Les premières introductions causèrent un peu de réaction; il y eut même quelques accès de fièvre. L'urèthre s'accoutuma ensuite au con-

tact de ces corps, et le malade n'en fut plus incommodé. A mesure que la dilatation de l'urèthre avança, l'urine perdit ses caractères morbides, et l'expulsion en devint de plus en plus facile; la santé se rétablit aussi avec promptitude. En passant de la bougie n° 11 à celle du n° 12, dont le volume diffère de 3 millimètres, il survint de nouveau un peu de réaction et trois accès de fièvre, auxquels on n'opposa que la diète et le repos. D'ailleurs, pendant tout le traitement, qui dura deux mois, il ne fut prescrit que des bains, des lavements, des boissons abondantes et un régime doux.

Aussitôt que j'eus constaté l'état morbide qui déterminait le catarrhe, je tins à m'assurer si la soustraction de cette cause suffirait pour faire disparaître celui-ci. C'est une épreuve que depuis j'ai répétée un grand nombre de fois, et presque toujours avec le même résultat.

Le cas actuel était grave : la maladie datait de dix années; depuis trois ans surtout, elle avait fait des progrès considérables, et subi l'action de divers traitements. Cette circonstance doit toujours être prise en grande considération, attendu qu'une maladie vierge est, dans tous les cas, plus facile à guérir que celle qui a été modifiée par des moyens thérapeutiques restés inefficaces. Cependant il a suffi de rétablir la souplesse et le diamètre ordinaires du canal, pour obtenir la cessation complète de tous les phénomènes morbides. Avant moi, on n'avait pas apprécié l'état de l'urèthre, qui était évidemment la cause du catarrhe, puisqu'en le faisant cesser, celui-ci a disparu. Je ne l'aurais pas reconnu plus que mes prédécesseurs, si je m'étais borné à suivre la coutume, c'est-à-dire à introduire une algalie ordinaire. A la vérité, cette algalie était un peu serrée au-dessous des pubis, et n'y glissait pas avec autant de facilité que dans les autres régions; mais, chez les sujets dont le canal est irritable, les instruments éprouvent souvent une gêne qui tient au resserrement momentané de ses parois. Des bougies, assez volumineuses pour remplir l'urèthre, peuvent seules alors mettre en évidence les rétrécissements et les indurations qui sont la cause du catarrhe. On croit généralement qu'un canal capable de recevoir une algalie ordinaire, doit livrer sans peine passage à l'urine; mais il faut se rappeler que, lorsque les parois uréthrales ont perdu de leur

souplesse et de leur élasticité, la vessie est forcée, pour les écarter, de se contracter avec énergie, et que ce surcroît d'action la fatigue d'autant plus vite que sa puissance contractile est moins grande.

Un homme, âgé de quarante-quatre ans, éprouvait depuis longtemps, dans les fonctions de la vessie, des désordres qui furent attribués à un catarrhe de cet organe. Pendant trois mois qu'il passa à l'Hôtel-Dieu, on lui fit prendre de la térébenthine à très haute dose. N'ayant obtenu aucun résultat, il se fit admettre à l'hôpital de la Pitié, où le traitement antiphlogistique le plus énergique lui fut administré durant six mois, sans qu'il en résultât non plus de soulagement durable. On crut alors à l'existence de la pierre, et le malade me fut adressé. A la première exploration, je reconnus que l'urèthre était sensiblement rétréci, à 9 centimètres du méat urinaire. Ce rétrécissement n'était pas assez considérable pour empêcher une petite sonde d'arriver dans la vessie; mais les parois uréthrales étaient roides et dures, l'excrétion de l'urine se faisait péniblement, et je crus reconnaître dans cette circonstance la cause du catarrhe, contre lequel on avait, sans succès, essayé tant de moyens. Je ne prescrivis rien à l'intérieur, et me contentai de dilater le rétrécissement. A mesure que l'urèthre recouvra sa capacité, sa souplesse, son élasticité, le catarrhe diminua. Comme le rétrécissement était calleux, je ne procédai qu'avec beaucoup de lenteur, et la guérison ne fut achevée qu'en deux mois et demi.

On ne saurait aujourd'hui révoquer en doute l'influence que les rétrécissements commençants de l'urèthre, quel qu'en soit le siége, et même la simple induration d'un ou de plusieurs points des parois de ce conduit, exercent sur la production du catarrhe vésical. Rien n'est plus facile que de s'en convaincre. Il suffit d'introduire une bougie de 3 lignes de diamètre. Si le sujet ressent des douleurs vives, si surtout la bougie est arrêtée par un obstacle, ou si, après qu'elle a pénétré, à la faveur d'une certaine pression, elle rapporte une empreinte, l'urèthre n'est pas dans l'état normal, et c'est à l'y rétablir qu'on doit d'abord s'attacher. A mesure que le canal revient à ses conditions naturelles, le catarrhe diminue, puis disparaît, sans réclamer d'autre traitement. Si le symptôme persistait, on serait en droit de soupçon-

ner quelque lésion des reins, de la vessie ou de la prostate, à la recherche de laquelle il faudrait procéder.

Un homme de soixante et dix ans, qui éprouvait depuis longtemps un catarrhe vésical et quelques symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'une pierre, fut admis dans le service des calculeux. Avant de procéder à l'exploration de la vessie, il fallut détruire un rétrécissement de l'urèthre; mais cette partie du traitement ne produisit pas toutes les conséquences heureuses qu'on en espérait. L'émission de l'urine, à la vérité, devint de plus en plus facile, et les dépôts qu'elle contenait diminuèrent d'une manière notable; cependant l'état général, au lieu de s'améliorer, empirait de jour en jour, sans qu'on pût découvrir la cause de cette aggravation. Finalement, le malade succomba un mois après son entrée. L'urèthre était presque entièrement guéri. La vessie, légèrement hypertrophiée et phlogosée, présentait trois petites cellules; mais il n'existait ni là ni dans les uretères aucune lésion propre à rendre raison des phénomènes morbides. Le rein gauche était hypertrophié, et offrait à sa face extérieure une ulcération large et profonde, qui avait détruit une partie de son tissu. Dans la portion restante, se trouvaient plusieurs foyers purulents, isolés et sans communication avec le bassinet. Par sa partie ulcérée, le rein adhérait à la rate, considérablement augmentée de volume.

Dans les cas de cette catégorie, la marche de l'affection catarrhale est très lente; on y remarque des interruptions, des suspensions, quelquefois assez longues. Rarement observe-t-on les exacerbations de la phlegmasie, qui sont si fréquentes et si graves, lorsque l'urèthre est considérablement rétréci. Jamais je n'ai vu, après avoir rétabli le canal dans son état naturel, le catarrhe prendre un caractère aigu. Les mucosités que l'urine contient varient, mais le plus ordinairement elles sont peu abondantes, incolores, sans odeur, et leur sortie s'accompagne rarement de douleurs. Le catarrhe ne devient sérieux que quand, à force de le négliger, on a laissé aux complications le temps de se produire.

Ce qui frappe surtout, c'est le rôle que jouent, par rapport au catarrhe vésical, les petits rétrécissements qui existent souvent à l'orifice externe de l'urèthre. J'ai fait voir, dans le premier

ouvrage, qu'il n'est pas rare de rencontrer, soit derrière la fosse naviculaire, une petite assez le diamètre du canal pour qu'une sonde volumineuse ne puisse pénétrer, mais qui n'em- introduire une petite algalie, de sorte que souvent ne la fait pas reconnaître, ou qu'on n'en tient pas rencontré beaucoup d'hommes, atteints de catarrhe lesquels je ne constatai d'abord qu'une grande sen- l'urèthre. En appliquant le traitement ordinaire des , j'obtenais un soulagement immédiat, mais qui ne se pas. Bientôt je remarquai que les bougies supérieures ume à celles dont je me servais pendant les premières ex- ations, étaient serrées à l'orifice externe, et rapportaient une preinte sur la cire; le passage de ces bougies causait de la douleur, et le bout de la verge devenait rouge. Alors je me décidai à débrider le méat urinaire par le procédé que j'ai fait connaître ailleurs, et je fus tout surpris de voir le catarrhe cesser après la petite opération. Depuis, j'ai eu assez d'autres occasions de vérifier l'exactitude du fait, pour ne plus pouvoir conserver le moindre doute à son égard. D'autres praticiens l'ont également expérimenté. M. Payan (d'Aix) cite un cas dans lequel un catarrhe vésical, précédé de grands désordres dans les fonctions de la vessie et accompagné de fréquents accès de fièvre, fut guéri par le simple débridement du méat urinaire, après avoir opiniâtrément résisté à de nombreux traitements. Il y a cependant ici une circonstance qu'on ne doit pas perdre de vue : c'est que les brides du méat urinaire s'accompagnent presque toujours d'un état névralgique de l'urèthre et du col vésical, qu'il faut nécessairement combattre par les moyens dont j'ai donné l'indication, sans quoi le débridement n'aurait pas de résultat complet.

§ 3. — Catarrhe vésical produit par des maladies de la prostate et du col de la vessie.

Le catarrhe qui résulte des maladies de l'urèthre est généralement simple, peu développé et facile à combattre. Les exceptions à cette règle sont rares, et j'ai eu soin de les faire connaître. Il n'en est pas de même de celui qu'entraînent les lésions du col

de la vessie. Nous avons vu que ces lésions présentent de nombreuses différences, quant à leur nature, à leurs symptômes, à leur marche, à leur gravité, et que trop souvent elles se montrent rebelles aux moyens thérapeutiques, surtout lorsqu'elles ont acquis un grand développement. Elles donnent lieu au catarrhe de deux manières principales : tantôt c'est la phlegmasie du col qui se propage au corps de la vessie; tantôt, et même le plus communément, le catarrhe est la conséquence des difficultés que la maladie du col oppose à l'expulsion de l'urine. Sous ce point de vue donc, le catarrhe dont il s'agit ici a de l'analogie avec celui qui doit sa naissance aux lésions de l'urèthre et à l'atonie de la vessie; seulement il est plus grave. Il affecte presque toujours une marche lente et plus ou moins insidieuse. Au début surtout, où il ne se montre qu'accidentellement, il se présente sous une forme très bénigne, dure peu, cesse de lui-même et reparaît ensuite. Cet état peut se prolonger longtemps, sans que l'on y attache de l'importance. Le malade a bien remarqué que l'urine est parfois trouble et qu'elle contient des mucosités, dont le passage à travers l'urèthre est même douloureux; mais, comme il a déjà éprouvé ces effets, sans qu'aucun accident en soit résulté, il cherche à se rassurer, et de la sorte laisse presque toujours prendre à la maladie une certaine gravité, avant de réclamer les secours de l'art. Lorsque le praticien est appelé, il voit le malade tout occupé des dépôts que son urine contient, et en général n'ayant pas le moindre soupçon de la lésion principale. Cette particularité se présente d'autant plus souvent que la plupart des lésions de la prostate n'occasionnent pas de douleurs, et ne s'accompagnent que de troubles dans l'excrétion de l'urine, trop peu marqués pour fixer sérieusement l'attention du sujet. Il n'y a d'exception que pour le petit nombre de cas dans lesquels la maladie du col vésical affecte une marche plus aiguë : alors l'invasion du catarrhe est rapide et brusque, et le chirurgien peut être appelé dès le début. Les dépôts de l'urine étant pour lui l'indice d'une phlegmasie de la surface interne de la vessie, il doit se hâter de procéder à l'examen des parties, afin de rechercher la cause de cette inflammation. Mais ici la question se complique : d'abord les explorations ne suffisent pas toujours, comme dans l'urèthre, pour faire reconnaître les lésions du col vésical.

Nous avons vu, en traitant de ces dernières, combien le diagnostic est quelquefois difficile et incertain. Il faut donc que le praticien appelle à son secours toutes les ressources de l'art. J'ai fait connaître précédemment ces ressources et la manière de les appliquer. Ensuite, l'état morbide étant découvert, il reste à déterminer l'influence exercée par lui sur la production du catarrhe. C'est là une seconde question fort délicate. On ne peut espérer de la résoudre, au lit du malade, que par une observation très minutieuse et des explorations réitérées.

Afin de procéder avec ordre, il importe de se rappeler que la phlegmasie peut n'occuper qu'un espace circonscrit, près du col vésical, ou s'étendre à toute la surface interne du viscère.

1° *Catarrhe partiel.*

Ainsi que je viens de le dire, l'état morbide, fixé d'abord au col de la vessie, se comporte de deux manières pour produire le catarrhe vésical. Que la phlegmasie ait son siége dans les conduits prostatiques et les canaux éjaculateurs, qu'elle affecte plus particulièrement la membrane muqueuse qui recouvre la crête uréthrale et la partie prostatique de l'urèthre, ou qu'elle atteigne le tissu même de la prostate, ce qui est beaucoup plus rare, elle peut se propager à l'orifice interne de l'urèthre, s'étendre au pourtour de cet orifice, occuper une certaine étendue du trigone vésical, et même, plus tard, envahir toute la surface muqueuse de la vessie. C'est ainsi qu'agit la blennorrhagie. Cette affection peut contribuer à faire naître le catarrhe, soit par elle-même, lorsque, quittant son siége primitif, elle attaque les parties situées en arrière, sans excepter parfois la vessie; soit par l'action des injections astringentes, à l'aide desquelles on cherche trop souvent à la combattre. Dans ce dernier cas, toutefois, la phlegmasie catarrhale ne saurait être toujours attribuée, comme on l'a prétendu, à l'impression directe des liquides irritants sur les parois de la vessie, puisque le même phénomène s'observe quelquefois chez les femmes, à la suite d'injections, de même nature, faites dans le vagin seulement.

Quelle que soit la cause qui ait agi sur le col vésical, il n'est pas rare de voir se déclarer des catarrhes qui, la plupart du

temps, demeurent circonscrits à son pourtour. Ces catarrhes partiels peuvent durer longtemps sans s'étendre davantage, ainsi que le prouvent diverses autopsies dont j'ai donné les détails. Le moyen de constater, pendant la vie, que la phlegmasie siége au voisinage du col vésical, ou au col lui-même, est fort simple. Lorsque le catarrhe occupe une grande partie de la surface interne de la vessie, les dépôts muqueux ou puriformes qui le caractérisent sortent avec le liquide pendant l'action d'uriner. Lorsque, au contraire, la phlegmasie occupe seulement le col vésical, on ne remarque les dépôts que dans les premières et les dernières portions du liquide expulsé. Le reste est à l'état normal. On peut procéder à cette expérience, soit en examinant le malade au moment où il vide sa vessie, soit en lui recommandant d'épancher son urine dans trois vases placés l'un à côté de l'autre, et de la partager ainsi en trois portions. Cependant, on ne doit pas perdre de vue que la sortie de matières muqueuses, et surtout puriformes, avec les dernières gouttes d'urine, indique aussi que le catarrhe partiel occupe le bas-fond de la vessie; mais alors, si le col est exempt d'inflammation, le premier flot de l'urine n'entraîne pas de dépôt. Il ne faut pas oublier que l'expérience doit être faite avant que le catarrhe se soit étendu, ainsi qu'il arrive presque toujours, à une grande partie de la vessie.

Je passe sous silence d'autres signes tirés de la sensibilité locale, manifestée pendant certaines explorations. Quelques auteurs, Sœmmering, par exemple, ont attaché trop d'importance à ces phénomènes, qui ne m'ont jamais paru suffisants pour établir le diagnostic. Mais, avec le moyen que je viens d'exposer, on peut faire concourir tout ce qui concerne l'invasion, la marche et les symptômes de la phlegmasie; car rien ne doit être négligé dans ces cas, qui, je le répète, sont quelquefois très insidieux, et au diagnostic desquels les complications possibles apportent d'ailleurs de grandes difficultés.

La marche des catarrhes partiels, fixés au voisinage du col de la vessie, et produits par une inflammation préexistante de cette partie, est subordonnée à celle de la maladie primitive. Mais il arrive quelquefois que le catarrhe persiste, bien que cette dernière ait cessé d'exister. J'ai souvent eu à traiter de ces catarrhes partiels, qui se sont montrés fort opiniâtres, bien que la cause à

ils devaient naissance eût été détruite. L'un d'eux était d'une grave uréthrite, qui avait disparu depuis quelques rsque j'eus à traiter le catarrhe vésical, conséquence de mation de la prostate, terminée par un abcès qui s'ouvrit urèthre. Un autre de mes malades conserva longtemps rrhe partiel de la vessie, qui, à la vérité, ne l'incommo-, et pour lequel il ne suivait aucun traitement régulier. s quelques cas où des calculs avaient séjourné au col vési- ai vu des catarrhes partiels persister longtemps sous cette e, et même finir par s'étendre à toute la surface de la vessie. fait la même remarque après des tentatives hasardées de tritie, à la suite de violences exercées sur le col vésical.

Cette espèce de catarrhe survient quelquefois chez les hémor- ïdaires, ou chez des hommes d'un âge avancé, à la suite d'excès coït non suspect, et souvent aussi sous l'influence de causes qui semblent peu actives. Il est rare, néanmoins, que sa durée se prolonge beaucoup, alors même qu'au début sa marche a été rapide. Quand il persiste, c'est presque toujours l'effet d'une complication, que l'on doit s'attacher à découvrir et à combattre.

Les moyens à mettre en usage dans ces diverses circonstances varient. Le choix à faire dépend de la cause déterminante, qu'il suffit ordinairement de faire disparaître pour voir le catarrhe cesser de lui-même, notamment si la phlegmasie est récente, et n'a pas encore produit de désordres dans la partie affectée. C'est ce qui a lieu, particulièrement lorsque l'accident est le résultat du séjour trop prolongé d'une sonde, ou de l'arrêt d'un calcul, soit entier, soit fragmenté, dans la partie prostatique de l'urèthre.

Lorsque la phlegmasie catarrhale du col vésical résulte, ou d'une injection irritante dans la vessie, ou de la propagation d'une phlegmasie uréthrale aux parties situées derrière le canal, le traitement antiphlogistique est d'abord indiqué, et il faut insister sur son emploi. Si, cependant, la phlegmasie vésicale résistait, on pourrait recourir à la méthode dérivative, et même à la cautérisation transcurrente du col vésical. Je reviendrai sur l'emploi de ce dernier moyen, qu'il me suffit ici d'indiquer.

Dans les cas où l'on pourrait soupçonner l'influence d'une maladie de peau, spécialement dartreuse, ce serait un motif puissant pour employer les dérivatifs externes, même énergiques. C'est

alors surtout que les douches sulfureuses, les vésicatoires, les cautères, etc., peuvent devenir utiles.

La maladie ayant été longtemps négligée, ce qui est fréquent, ou mal traitée, ce qui est plus ordinaire encore, il peut survenir des complications qui la fassent entrer dans la catégorie dont je vais parler maintenant.

2° *Catarrhe occupant toute la surface interne de la vessie.*

Si le catarrhe partiel de la vessie, qui a son siége spécial au voisinage du col, peut exister indépendamment des troubles que les phlegmasies de la prostate ou de l'urèthre apportent dans les fonctions de la vessie, ces lésions locales produisent plus souvent le catarrhe, en rendant l'excrétion de l'urine difficile, douloureuse, fatigante. C'est de cette manière qu'agissent les barrières uréthro-vésicales, les tumeurs prostatiques et autres, qui ont pour effet de dévier, de déformer la partie profonde et l'orifice interne de l'urèthre, comme aussi de faire perdre à ces parties l'élasticité et la souplesse qu'elles possèdent à l'état normal. Il est facile, comme je l'ai démontré dans les chapitres précédents, de constater l'existence de ces altérations morbides du col vésical, bien que l'art soit souvent impuissant pour en déterminer la nature et en fixer les limites. Mais, quant à l'effet qu'ils produisent sur l'excrétion de l'urine, et par suite sur la production du catarrhe, tout observateur sans prévention l'appréciera aisément.

Le diagnostic ne présente pas, en général, de grandes difficultés. En introduisant la sonde, après que le malade a uriné, on voit sortir une certaine quantité de liquide, que le viscère n'avait pu expulser, et cette portion d'urine est plus épaisse, plus chargée de dépôt, que celle qui avait été rendue spontanément.

Je n'ai pas à revenir ici sur les moyens de distinguer ces catarrhes de ceux dans lesquels il y a seulement atonie de la vessie, j'insisterai seulement, de nouveau, sur ce fait, que divers états morbides, constituant des obstacles au cours de l'urine, peuvent produire le catarrhe. Ces états sont la névralgie, le spasme de l'urèthre, et la déviation du col vésical par une tumeur prostatique. Une lutte permanente s'établit alors, comme dans tous les cas analogues, entre le corps de la vessie, qui s'épuise en efforts

ont la résistance est trop forte. Nous avons
de ces états morbides suffit pour faire naître le
se trouvent réunis, celui-ci est plus grave,
une marche moins régulière.
causes une fois constatée, il faut les attaquer
par l'emploi des moyens que j'ai indiqués en
aucune d'elles. J'ai montré aussi que, souvent, une
influence l'autre, et que le traitement est alors plus
difficile. Mais il faut insister, car tant qu'on laissera
la cause, le catarrhe se montrera rebelle, ou, si l'on
une amélioration, elle ne sera pas durable.
méthode la plus efficace est, en général, fondée sur les prin-
suivants. On a recours d'abord aux bougies, afin de com-
re la névralgie, puis à la sonde et aux injections, pour aider
vessie à se debarrasser de son contenu. Quant à la déviation
de la partie profonde de l'urèthre par une barrière ou par une tumeur prostatique, il est plus difficile d'y remédier ; heureusement, il suffit, dans beaucoup de cas, de faire cesser la névralgie et de ranimer la contractilité vésicale, pour que l'expulsion de l'urine se fasse avec facilité, et que le catarrhe cesse. Il en est ici comme dans les cas de simple difficulté d'uriner : les moyens qu'on emploie ont pour but, moins d'atteindre la lésion organique de la prostate, que de modifier la contractilité du col vésical ; ce résultat suffit pour aider la vessie à se débarrasser librement de son contenu, et souvent aussi pour faire disparaître l'affection catarrhale. J'ai vu un très grand nombre de vieillards qu'on avait traités inutilement, et pendant longtemps, par les moyens du ressort de la médecine, et dont le catarrhe a cessé par les bougies et les injections, bien que la lésion organique du col persistât. Cet important résultat, dont il est difficile de se rendre raison, est établi aujourd'hui par des faits trop nombreux pour qu'on puisse élever le moindre doute à son égard. Toutefois, aux moyens qui viennent d'être indiqués, il est souvent nécessaire d'associer les purgatifs, les dérivatifs, et un traitement médical dont j'ai fait connaître les divers modes d'administration. Quant aux moyens proposés pour déprimer, aplatir ou résoudre la tumeur, j'ai prouvé qu'ils n'ont pas l'effet qu'on leur attribue : je ne reviendrai pas sur ce sujet.

Les catarrhes de vessie qu'on voit apparaître, par suite des lésions organiques profondes de la prostate, ne se manifestent généralement qu'à une époque avancée de la maladie; et lorsqu'ils sont arrivés au point d'exiger un traitement spécial, celle-ci est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Les palliatifs seuls peuvent lui être opposés. La raison et l'humanité commandent de renoncer à tous les traitements empiriques, qui ne sauraient avoir aucun résultat favorable, et qui, loin de là, sont capables de faire prendre à la maladie une marche plus rapide et plus inquiétante, tandis qu'à l'aide d'un traitement fort simple, on obtient communément une amélioration notable. A l'appui de ce précepte, je citerai le fait suivant :

Un vieillard était tourmenté depuis longues années par un catarrhe vésical auquel on n'avait opposé que des antiphlogistiques, et qui était parvenu graduellement au plus haut degré d'intensité. Lorsque ce malade réclama mes soins, il rendait des urines fétides, épaisses, purulentes et souvent teintes de sang ; il avait de temps à autre des hématuries abondantes, et il éprouvait des besoins d'uriner très fréquents, avec douleurs vives pour les satisfaire, perte du sommeil, défaut d'appétit, fièvre intense. Je trouvai l'urèthre fort irritable et la prostate tuméfiée, ce qui rendait l'introduction de la sonde difficile, et semblait contre-indiquer, jusqu'à un certain point, l'emploi des injections et des bougies. Cependant, j'eus recours à ces dernières, en y ajoutant les lavements et les suppositoires opiacés. Malgré mes précautions, il survint un engorgement testiculaire, terminé par la résolution, mais qui obligea de suspendre le traitement. L'urèthre perdit de sa sensiblité, l'excrétion de l'urine devint plus facile, puis les lavements répétés, les bains tièdes, les boissons abondantes, les douches sur le périnée, l'hypogastre et le sacrum, amenèrent graduellement un mieux si prononcé, que le malade put retourner dans son pays, où il a continué de vivre, sinon sans souffrir, du moins sans trouver l'existence insupportable. Ici la tuméfaction de la prostate était la principale cause du catarrhe et de l'irritabilité excessive de l'urèthre. C'était elle aussi qui empêchait d'agir directement sur la vessie, car il y avait de toute évidence névralgie du col, avec atonie du corps de l'organe; l'affection catarrhale n'était que la conséquence de ces

trois états réunis. Les cas analogues se présentent chaque jour dans la pratique. Par l'emploi des moyens que je viens d'indiquer, et dont on varie l'application suivant les circonstances, on obtient toujours, si ce n'est la guérison, du moins une amélioration notable.

§ 4. — Catarrhe vésical consécutif aux maladies des organes génitaux.

Il est très remarquable que les plus graves des catarrhes vésicaux, chez l'homme, soient ceux qui tirent leur origine de lésions des organes de la génération, compliquées d'une phlegmasie de la partie profonde de l'urèthre. Ici encore, le catarrhe ne se déclare que lorsque la maladie primitive est déjà ancienne, et a fait de grands progrès. Les sujets sont généralement très irritables, ou même épuisés, soit par des écarts de régime, soit par des excès prolongés, soit enfin par le progrès du mal. Nous avons déjà vu que ces lésions complexes de l'appareil séminal, de l'urèthre, et de la prostate, peuvent persister longtemps, et présenter des caractères tellement variables, qu'il devient fort difficile et même impossible, dans certains cas, d'établir un diagnostic rigoureux.

Les catarrhes qu'elles finissent presque toujours par entraîner, lorsqu'on les néglige, ont pour caractères particuliers des douleurs très vives au col vésical, qui se propagent aux pubis, au sacrum, à la partie interne et supérieure des cuisses. Les dépôts de l'urine, au lieu d'être muqueux, glaireux, incolores, ou d'une teinte verdâtre ou jaunâtre, comme on le voit dans la plupart des catarrhes qui surviennent à la suite des rétrécissements organiques de l'urèthre, ou des engorgements simples de la prostate, sont presque toujours, ou deviennent promptement granuleux, grisâtres, blanchâtres, cendrés, avec une apparence purulente. En général, ces dépôts, dans lesquels il n'est pas rare de trouver des animalcules spermatiques, sont moins abondants, toutes choses égales d'ailleurs, que lorsqu'ils se composent essentiellement de mucosités.

Les catarrhes de cette catégorie sont presque toujours accompagnés de désordres généraux considérables, qu'on peut attri-

buer, il est vrai, à la maladie génératrice, puisqu'ils ne s'observent pas dans beaucoup d'autres cas avancés, où l'affection dépend de causes différentes. Quoi qu'il en soit, ces catarrhes embarrassent d'autant plus le praticien, que l'exploration des organes est souvent impuissante pour faire découvrir les lésions spéciales qui les produisent, et que l'autopsie cadavérique, elle-même, reste souvent muette à cet égard. Force est donc de tâtonner et de se guider d'après les inductions déduites de l'observation la plus attentive des symptômes. Voici comment je procède :

Dans les cas simples, lorsqu'on est parvenu à déterminer la nature, le siége et les progrès de la maladie primitive, on traite celle-ci, en faisant abstraction, pour ainsi dire, du catarrhe, qui disparaît ensuite, ou au moins diminue de lui-même, sans qu'on soit obligé de recourir à des traitements spéciaux.

Dans les cas graves, soit qu'on ne parvienne pas à déterminer rigoureusement la maladie primitive, soit que, l'ayant reconnue on trouve les ressources de l'art insuffisantes, il faut se tenir en garde contre les hypothèses qui pourraient entraîner à l'application de méthodes empiriques.

Les premiers obstacles que l'on rencontre viennent ordinairement des malades eux-mêmes. L'expérience démontre, sans réplique, qu'il n'est presque jamais possible de guérir ces sortes de catarrhes qu'en modifiant les propriétés vitales des parties primitivement affectées, et que l'on ne peut agir sur ces parties sans déterminer des douleurs, parfois modérées et passagères, mais quelquefois vives, et même suivies d'exaspération des symptômes locaux, ou de réaction générale. Or, il est difficile de faire comprendre à l'homme qui souffre que cette voie est celle qui doit le conduire à la guérison. Aussi se refuse-il fréquemment à l'emploi des bougies et des injections. Ajoutez qu'on a souvent persuadé à ces malades qu'ils pourraient guérir à l'aide de boissons, de médicaments intérieurs, de topiques. Si ces moyens leur procurent, de temps à autre, quelque soulagement, ce qui n'est pas rare, on a d'autant plus de peine à vaincre leur obstination. D'un autre coté, le traitement par lequel on peut parvenir à modifier heureusement des parties profondément altérées, est quequefois très long. Aux améliorations obtenues d'abord, succèdent fréquemment des exaspérations passagères, et ces

alternatives se reproduisent plusieurs fois. D'où il résulte qu'un malade, plein de zèle et de confiance, au début, se décourage bientôt, et ne suit plus avec une rigueur suffisante le traitement qu'on lui prescrit. Dès lors, le but ne peut être atteint, et les symptômes reprennent la même intensité qu'au point de départ.

Indépendamment de la résistance que le chirurgien peut rencontrer de la part des malades, il y a des obstacles qui tiennent à la maladie elle-même, aux progrès qu'elle a déja faits, aux complications survenues. Nous avons vu, à l'occasion des lésions du col vésical, et spécialement de celles qui atteignent les vésicules séminales, les conduits spermatiques et les canaux de la prostate, qu'il est des cas dans lesquels les traitements les plus rationnels, et suivis avec le plus d'exactitude, demeurent sans effet; de sorte qu'on est obligé d'abandonner les malades, ou de se livrer à des pratiques exceptionnelles. Dans ces circonstances, le catarrhe vésical se montrant rebelle à toutes les ressources de l'art, le praticien est condamné à de stériles efforts, et les malades ne tardent pas à reconnaître qu'ils se sont bercés de chimériques espérances. Je ne connais pas de position plus affreuse pour eux et pour les personnes qui les entourent. Les besoins d'uriner sont très rapprochés; les douleurs qui accompagnent chaque émission d'une urine bourbeuse fétide, épaisse, purulente, sont si grandes que le sujet redoute de céder à la nécessité qui le tourmente; il souffre avant d'avoir uriné, pendant et après, et cet état dure quelquefois longtemps.

Le traitement de ces catarrhes varie plus que celui des autres espèces. Outre les moyens dont j'ai parlé en m'occupant des phlegmasies de la partie profonde de l'urèthre et des voies spermatiques, on se trouve conduit, par la ténacité du mal, à en essayer d'autres, mais qui échouent presque toujours.

Un adulte, de constitution forte, mais épuisée par les douleurs, vint à Paris, en 1839, après avoir longtemps souffert du col de la vessie et des vésicules séminales. Au moment où je le vis, il était atteint d'un catarrhe intense et qui avait résisté à tous les moyens mis en usage. Une exploration de la vessie me fit connaître que le col de cet organe et l'urèthre étaient excessivement irritables, et que la phlegmasie avait surtout son siége au pourtour de l'o-

rifice interne du canal. Une matière muqueuse, puriforme, souvent striée de sang, sortait avant ou après l'urine. Du reste, la vessie avait perdu une partie de sa capacité : il semblait y avoir plutôt hypertrophie qu'atrophie de ses parois; les besoins d'uriner étaient très rapprochés, et la douleur pour les satisfaire excessive. Les moyens que j'emploie ordinairement avec succès n'eurent aucun résultat. Plus tard, d'après l'avis de plusieurs médecins consultants, et en désespoir de cause, on établit un séton à l'hypogastre, et l'on administra le baume de copahu. Mais les accidents, au lieu de diminuer, prirent une marche plus rapide. Les fonctions digestives se dérangèrent, et bientôt la mort vint mettre un terme aux souffrances du malheureux malade.

J'ai cité ce fait, tout incomplet qu'il est, parce qu'il prouve combien peuvent être graves les catarrhes partiels, limités au col de la vessie, sans atonie des parois de cet organe, et sans lésion appréciable du tissu de la prostate, mais précédés et déterminés par des lésions anciennes des voies spermatiques. Ce cas a présenté, d'ailleurs, une particularité que je dois signaler. Sur les derniers temps de sa vie, le malade éprouva des douleurs de nature à faire croire que les reins étaient altérés. Sans avoir constaté jusqu'à quel point il pouvait en être ainsi, je dirai qu'on voit fréquemment le catarrhe vésical avancé provoquer, à la région rénale, des douleurs qui ne se rattachent pas toujours à la lésion des reins, mais qui contribuent à répandre de l'obscurité sur le diagnostic. L'autopsie elle-même ne saurait, constamment, lever tous les doutes; car, si elle vient à montrer quelque lésion des organes sécréteurs de l'urine, il reste encore à savoir si cette lésion a été primitive, ou si elle est seulement survenue par suite du catarrhe, comme il me paraît que c'est le cas ordinaire. Plus d'une fois, déjà, j'ai exprimé cette opinion que beaucoup de maladies des reins ne sont qu'une conséquence de celles de la vessie ou de l'urèthre.

En résumé, qu'il s'agisse d'une simple névralgie du col vésical, d'une inflammation des conduits spermatiques, etc., dès que l'urine commence à devenir catarrhale, soit que la matière glaireuse s'y maintienne en suspension ou qu'elle se réunisse au fond du vase, sous un aspect quelconque, le praticien n'a pas un instant à perdre. Il doit rechercher, constater et attaquer la maladie

primitive par les moyens que j'ai fait connaître, sans se préoccuper du catarrhe, qui, je ne puis trop le répéter, cessera ou diminuera de lui-même. Mais, lorsque l'affection catarrhale existe depuis longtemps, qu'elle est devenue purulente, qu'elle a produit des altérations organiques locales et le délabrement de la santé générale, cet état complexe, accompagné presque toujours d'un ébranlement profond du système nerveux, résiste habituellement aux moyens ordinaires. On propose, dans ces cas extrêmes, des médications spéciales, telles que la cautérisation transcurrente, pratiquée comme je le dirai à la fin de ce chapitre ; les dérivatifs internes et externes ; les purgatifs salins, à faible dose, mais répétés tous les deux ou trois jours ; les douches sulfureuses chaudes sur l'hypogastre, le périnée, la partie interne des cuisses et le sacrum ; les frictions avec la pommade stibiée, sur le bas-ventre et la région sacrée, etc.

J'ai employé ces divers moyens, même avec persévérance, et n'en ai pas obtenu les résultats qu'ils promettaient. Les succès proclamés par quelques praticiens ne tiendraient-ils pas à ce qu'ils se seraient mépris sur la nature et la gravité de la maladie? Quoi qu'il en soit, et à quelque espèce de catarrhe opiniâtre qu'on ait affaire, on doit insister sur certaines médications, d'une application toujours utile. Parmi elles, la plus importante consiste à tenir l'urine abondante, et, à cet effet, le malade doit boire beaucoup. Nous verrons plus loin que des catarrhes fort opiniâtres ont disparu par l'emploi des eaux de Contrexéville, et autres analogues, prises sur les lieux. Je pense que le résultat a tenu plutôt à la quantité qu'à la qualité des boissons ; car j'ai connu des malades qui n'ont été débarrassés du catarrhe que pendant le temps de leur séjour aux eaux, et cet effet passager a eu lieu, chez quelques-uns, sans que la cause de la maladie eût disparu.

§ 5. — Catarrhe vésical produit par des tumeurs fongueuses ou autres de l'intérieur de la vessie.

Quelle que soit leur nature, les tumeurs qui se développent dans l'intérieur de la vessie produisent le catarrhe, tout comme celles dont le siége est au col de l'organe, tant parce qu'elles gênent les contractions vésicales, les rendent pénibles, incomplètes,

que parce qu'elles sont ordinairement envahies par un état phlegmasique plus ou moins prononcé, qui se propage à la totalité de la membrane muqueuse. Les catarrhes de cette espèce sont toujours fort graves. Ils ne se manifestent que lorsque la maladie organique primitive a pris un grand développement, et qu'elle a envahi les tissus voisins. Alors les ressources de l'art deviennent de plus en plus incertaines, et un moment arrive où il faut renoncer à tout traitement curatif. Les préceptes que j'ai tracés, dans les chapitres précédents, trouvent leur application, en ce qui concerne le catarrhe vésical, qui est la conséquence de la lésion primordiale, et dont les moyens curatifs ne diffèrent pas de ceux qu'on oppose à cette dernière.

En effet, si la lésion organique peut être détruite, le catarrhe disparaît secondairement de lui-même. Si, au contraire, on ne parvient pas à la guérir, celui-ci persiste, avec toutes les variations qu'entraînent les différentes phases de la maladie. Les seules indications qu'on puisse espérer de remplir avec quelque succès, en ce qui touche le catarrhe, sont d'entretenir l'urine abondante, de faciliter son expulsion par l'emploi de la sonde, toutes les fois que le cas l'exige, et de faire usage des injections. Ce traitement est le même que celui dont j'ai démontré les avantages contre les maladies étudiées précédemment. Il varie, comme toujours, suivant les divers états d'atonie ou d'hypertrophie de la vessie. Dans le premier cas, il faut recourir aux injections détersives, tandis que, dans le second, on doit principalement insister sur les sédatifs, en lavements et en suppositoires.

C'est alors, surtout, que l'affection catarrhale se complique des symptômes les plus alarmants. Tantôt on observe des hématuries abondantes, qui se reproduisent, même à des époques très rapprochées; tantôt les dépôts de l'urine sont si épais, si abondants, et le liquide qui les délaye est en si petite quantité, que l'on douterait que ce produit pût venir de la vessie, si on ne le constatait d'une manière certaine : l'odeur repoussante qu'il exhale, rend insupportable l'habitation des lieux où on le laisse séjourner.

Les tumeurs fongueuses ou autres, de l'intérieur de la vessie, ne sont pas les seules lésions qui produisent des catarrhes graves, opiniâtres, et même trop souvent au-dessus des ressources

de l'art. Les différentes altérations pathologiques qui siégent aux parois vésicales, et dont j'ai donné la description dans les chapitres précédents, peuvent aussi déterminer des effets analogues. Ici, également, le catarrhe dépend d'un obstacle au libre cours de l'urine, d'un foyer permanent d'irritation, d'une inflammation qui gagne de proche en proche en étendue, et qui, d'abord locale, finit par devenir générale. La marche de la phlegmasie est subordonnée à l'état morbide primitif. Ainsi, l'induration, l'épaississement, la dégénérescence, d'un point des parois vésicales, s'accompagnent de catarrhe, à une certaine époque de leur développement. Les vices de conformation, les poches ou cellules vésicales, peuvent aussi entraîner la même conséquence. Mais, la plupart de ces dispositions morbides n'ayant point été suffisamment reconnues jusqu'ici sur le vivant, nos connaissances, à l'égard du catarrhe qui peut en dépendre, sont très bornées. On comprend, dès lors, combien il est difficile de rattacher ce dernier à la cause qui le détermine, et cette circonstance n'a pas peu contribué à le faire considérer comme essentiel, dans une foule de cas où il n'était réellement que symptomatique. Espérons que les nouveaux moyens d'exploration dont l'expérience a constaté l'efficacité, dissiperont, du moins en partie, l'obscurité qui couvre ce point important de pratique.

Le diagnostic une fois établi, la conduite à tenir se rapproche de celle qu'on doit suivre dans les cas de catarrhe dépendant d'un fongus. Il faut attaquer la lésion génératrice de l'affection catarrhale, qui peut disparaître spontanément, si l'on parvient à faire cesser la cause qui l'entretient. Mais, qu'on ne se le dissimule pas, le rôle du praticien se borne plus souvent alors à calmer qu'à guérir, car nous ne connaissons aucun moyen de résoudre, ni même d'arrêter, les dégénérescences squirrheuses ou carcinomateuses des parois vésicales. Ajoutons que, par suite de ces dégénérescences, la diathèse phosphatique tend à s'établir dans l'urine, et que des dépôts amorphes de matière calcaire ne tardent pas à se former, quelquefois en quantité considérable. Que ces dépôts adhèrent aux surfaces dégénérées, ou qu'ils restent libres dans la cavité vésicale, ils suffisent pour entretenir le catarrhe, lui faire prendre un surcroît d'intensité, et paralyser les efforts de l'art.

En général, dans les cas de cellules vésicales, le catarrhe montre beaucoup d'opiniâtreté. La phlegmasie est souvent plus intense à la surface interne des cellules qu'à celle de la vessie proprement dite. Elle peut altérer, dans les poches accessoires, la texture de la membrane muqueuse, et même la détruire, d'où résulte une perforation, suivie d'épanchement d'urine dans l'abdomen ou ailleurs, phénomène que j'ai observé plusieurs fois, et dont un exemple s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, en 1830. On explique sans peine, et les désordres qui ont lieu en pareil cas, et l'opiniâtreté de la phlegmasie. Les cellules ne possédant tout au plus qu'un très faible pouvoir d'expulsion, retiennent l'urine et ses dépôts, circonstance très suffisante pour faire naître et entretenir l'inflammation, et pour déterminer un catarrhe qui se montre rebelle à tout traitement.

Les injections, qui sont un des meilleurs moyens à mettre en usage, doivent être ici l'objet d'une attention importante à noter. Dans les cas ordinaires, lors même que la vessie contient une grande quantité de matière puriforme, si l'on pratique plusieurs injections à la suite l'une de l'autre, le liquide de la première, et tout au plus celui de la seconde, sont les seuls qui sortent troubles. Dans le cas de cellules, au contraire, ce liquide conserve sa lactescence après plusieurs injections. D'ailleurs, il sort lentement et avec des interruptions, et il faut, pour le faire écouler, que l'on comprime la région hypogastrique, ou qu'on engage le malade à pousser, comme s'il voulait aller à la selle.

Cette particularité m'a mis sur la voie du traitement qu'il convient d'employer. Ce serait en vain qu'on tourmenterait les malades en les soumettant à l'emploi des révulsifs, externes ou internes. On ne peut compter que sur les injections à grande eau, poussées avec précaution, et répétées coup sur coup, jusqu'à ce que le liquide sorte incolore. Ici l'eau tiède mérite la préférence sur l'eau froide. Non-seulement il faut employer les injections jusqu'à ce que le catarrhe ait disparu, mais encore on doit les continuer plus longtemps, afin de prévenir sa récidive, qui, sans cette précaution, aurait lieu infailliblement. Après avoir essayé plusieurs fois les irrigations continues, j'y ai renoncé, parce qu'elles fatiguent davantage les malades, sans produire de meilleurs ni de plus prompts effets que les injections.

C'est particulièrement dans les catarrhes des vessies à cellules qu'on rencontre des flocons muqueux très denses, ayant une apparence d'organisation. La plupart de ces flocons sont aplatis, d'un volume variable, et quelques-uns très allongés. Les plus petits peuvent être expulsés avec l'urine; les autres sont retenus, et l'autopsie les fait découvrir, tantôt dans la vessie, tantôt dans les cellules. J'ai trouvé, en masses très considérables, ces corps floconneux dans deux cas où je ne les avais pas soupçonnés. Dans l'un surtout, je regrettai beaucoup de ne pas avoir exploré la vessie au moyen du trilabe, à l'aide duquel j'aurais pu découvrir et extraire ces sortes de corps étrangers, et sauver presque certainement le malade. On ne découvrit pas de lésions graves dans les organes, et les accidents qui avaient éclaté du côté de la vessie pouvaient très bien dépendre de la présence des flocons. Dans un cas analogue, je n'hésiterais pas à recourir aux moyens d'extraction que je viens d'indiquer, et avec d'autant plus de raison, que les injections n'ont que peu de puissance, et que la sonde ordinaire ne peut faire reconnaître, et surtout diviser, les mucosités concrètes.

§ 6. — Catarrhe vésical déterminé par des calculs urinaires.

J'ai fait voir, dans les *Traités de la lithotritie* et *de l'affection calculeuse*, que le catarrhe vésical joue un grand rôle dans l'histoire de cette dernière maladie. Sous son influence, la pierre peut se former; et réciproquement, lorsque celle-ci existe, elle peut déterminer le catarrhe, qui, à son tour, réagit sur la marche et les symptômes de l'affection primordiale. La phlegmasie peut même influer sur le choix de la méthode opératoire à mettre en usage. Je me borne à énoncer ces trois propositions, que j'ai amplement développées ailleurs. Ici, je dois placer quelques considérations d'une autre nature.

Le catarrhe qui est la conséquence de l'affection calculeuse, varie suivant que la pierre siége dans les reins, les uretères, la vessie ou l'urèthre.

Les calculs rénaux et urétéraux ne le produisent que rarement, et à une époque très avancée de leur existence. La maladie étant

incurable, le catarrhe qu'elle entraîne résiste à toute la puissance de l'art. Mais, comme il est très difficile, sinon impossible, de reconnaître avec précision la présence des calculs rénaux et urétéraux, et par conséquent d'être fixé sur la véritable cause de l'affection catarrhale, celle-ci devient une source d'incertitudes pour le praticien, qui se livre à toutes les suggestions de l'empirisme, jusqu'au moment où, le malade venant à succomber, l'autopsie lui explique pourquoi les moyens qu'il a successivement mis en usage sont demeurés sans effet. Au reste, ici, l'affection catarrhale n'offre rien de spécial, ni dans sa marche, ni dans ses symptômes. Elle n'est même pas constante à beaucoup près.

En ce qui concerne les cas de calculs vésicaux, nous possédons des moyens à peu près assurés d'établir le diagnostic. Aujourd'hui surtout, on parvient à découvrir jusqu'aux plus petites concrétions que la vessie renferme, et, par conséquent, à déterminer avec précision si la phlegmasie vésicale tient ou non à la présence de corps étrangers. Aussi le catarrhe qui dépend de cette cause est-il maintenant le mieux connu de tous. On sait qu'il est tantôt primitif, et tantôt secondaire. Dans ce dernier cas, il varie beaucoup, suivant les caractères physiques de la pierre, qui ont cependant moins d'influence qu'on le pensait jadis, et suivant les dispositions du malade, qui, sous ce rapport, sont d'une bien plus grande importance. En effet, on voit des sujets n'offrir aucune trace de catarrhe vésical, même à la dernière période de l'affection calculeuse, lorsque la pierre a pris un grand volume, ou qu'il y en a plusieurs, et que la santé générale a déjà reçu de fortes atteintes. D'autres, au contraire, en sont attaqués dès les premiers moments de l'existence du calcul. La marche que suit l'affection catarrhale ne varie pas moins. Tantôt, ce n'est qu'accidentellement, et par crises plus ou moins éloignées, que l'urine entraîne, pendant quelques jours, des mucosités; tantôt, au contraire, et surtout lorsque la maladie est ancienne, le liquide se montre habituellement catarrhal. Dans l'un et l'autre cas, la quantité, la couleur, la consistance et la nature du dépôt présentent des différences à l'infini.

Tout corps étranger introduit accidentellement dans la vessie peut produire les mêmes effets que la pierre, sous le point de vue du catarrhe, qui, de même, tantôt ne se développe pas,

quoique le malade souffre beaucoup en urinant, et tantôt éclate, avec un cortége de symptômes fort graves, bien qu'il n'y ait que peu de douleur. Les sondes, laissées trop longtemps à demeure, agissent de la même manière.

La conduite du praticien est nettement tracée. Il faut diriger contre la pierre le traitement qu'elle réclame. Fort souvent, ensuite, le catarrhe cesse de lui-même. Quelquefois cependant, il persiste, malgré la destruction ou l'extraction du calcul. Ce cas est moins rare qu'on ne serait tenté de le penser, d'après le silence presque absolu des auteurs, et cette persévérance du catarrhe exerce, eu égard à la récidive de l'affection calculeuse, une puissante influence, sur laquelle j'ai appelé l'attention.

L'opiniâtreté de l'affection catarrhale, chez certains sujets, peut tenir à différentes causes. La plupart du temps, elle est liée à une atonie de la vessie, qui coexistait avec la pierre, ou qui s'est manifestée depuis que celle-ci a été enlevée. Quelquefois aussi elle a sa cause dans les désordres locaux déterminés, soit par le calcul lui-même, soit par l'opération à l'aide de laquelle on a débarrassé le malade.

A la première catégorie se rapportent le plus grand nombre des altérations organiques de la vessie, que j'ai passées précédemment en revue; de sorte qu'alors le catarrhe appartient à quelqu'une des espèces dont j'ai tracé l'histoire. L'autre catégorie comprend les désordres qui peuvent être la conséquence de l'opération, soit par la cystotomie, soit par la lithotritie. Le catarrhe peut exiger alors des moyens spéciaux. Il mérite surtout beaucoup d'attention; car, comme il se rattache à une lésion quelconque de la vessie, de la prostate, ou de l'urèthre, ce ne serait pas sans de graves inconvénients qu'on le négligerait. Mais il s'agit ici de faits à l'égard desquels le praticien éprouve souvent de l'embarras, surtout lorsque l'opération a été faite par un autre. Il doit s'entourer d'une foule de précautions, dans le détail desquels je ne saurais entrer ici, sans répéter ce que j'ai dit dans le *Traité de la lithotritie*, p. 186 et suivantes. Ce qu'il y a de certain, c'est que la plupart de ces catarrhes se montrent fort opiniâtres, que parfois même on n'en peut obtenir la guérison durable, et que, se reproduisant sous l'influence de la moindre cause, les malades sont fort exposés à la récidive.

Toutefois, ce ne sont là que des cas exceptionnels. J'ai reconnu que la majeure partie des catarrhes consécutifs à la cystotomie et à la lithotritie ont lieu par l'effet de l'atonie qui frappe la vessie, après l'enlèvement de la pierre, surtout par la taille, qui fait disparaître plus brusquement la cause habituelle de sa stimulation. Les faits nombreux que j'ai recueillis et ceux déjà cités dans mes recherches de statistique, prouvent que cette circonstance n'est pas à l'avantage de la cystotomie, et qu'on guérit plus sûrement l'affection catarrhale par la lithotritie. Il y a une autre cause encore, qui joue ici un rôle important : c'est la cicatrisation, ou tardive ou même incomplète, de l'incision faite au col de la vessie, et l'état d'irritation qu'on peut lui attribuer, à défaut de toute autre explication plausible. Parmi les faits qui se sont offerts à moi, à ce sujet, je citerai le suivant :

Un habitant de la Louisiane avait été taillé deux fois. A la première opération, un fragment de pierre échappa aux recherches, et devint le noyau d'un second calcul. Après la seconde opération, les douleurs persistèrent, bien qu'à un faible degré. Mais bientôt elles prirent de l'intensité; les besoins d'uriner devinrent très rapprochés; l'urine rendue était muqueuse et puriforme ; souvent le malade ne parvenait à en expulser quelques gouttes qu'après des efforts considérables et avec des douleurs atroces : l'urèthre était fort irritable; ses parois paraissaient roides. Le passage d'une bougie fut douloureux, et la première exploration, au moyen de la sonde, ne put être faite qu'incomplétement. Au bout de quelques jours, il survint un engorgement testiculaire, qui fit ajourner l'emploi des bougies. Dès que le gonflement eut disparu, je préparai l'urèthre à recevoir une sonde, dans le double but d'explorer la vessie, et, s'il n'y avait pas de pierre, de pouvoir faire des injections, afin de ranimer la contractilité du viscère. Bientôt je pus m'assurer qu'il n'y avait pas de calcul, mais que le col vésical, quoique très évasé, et l'urèthre, d'ailleurs libre, étaient le siége d'une névralgie intense, par suite de laquelle la vessie ne pouvait se débarrasser de l'urine. Les bougies et les injections produisirent tout l'effet que j'attendais de leur usage; à peine fut-il nécessaire de recourir aux douches et aux dérivatifs. Le malade qui était venu en France pour se faire lithotritier, croyant avoir

une troisième pierre, fut débarrassé de ses souffrances sans opération et par un traitement fort simple.

Je rappellerai encore une particularité que j'ai fait connaître dans les ouvrages cités, et qui n'est pas la moins curieuse du catarrhe vésical. C'est que les manœuvres de la lithotritie, qui étaient généralement considérées comme propres à exaspérer, et même à produire le catarrhe vésical, sont, au contraire, un des moyens les plus certains de le guérir. On ne saurait plus contester aujourd'hui que leur application rationnelle, en modifiant la sensibilité de la vessie, et en ramenant sa contractilité, ne puisse, en beaucoup de cas, contribuer, même puissamment, à faire cesser le catarrhe. Tous les jours, en effet, on est appelé à explorer la vessie avec les instruments lithotriteurs, afin de s'assurer si un catarrhe, qui se montre réfractaire à tous les moyens, ne serait pas entretenu par une lésion organique, ou par un calcul, qui auraient été méconnus par le cathétérisme ordinaire. On ne découvre ni lésion, ni calcul; mais l'urine rendue après l'exploration contient moins de dépôts qu'auparavant. De même, les explorations vésicales, faites longtemps après l'opération, dans le but de s'assurer si des fragments calculeux, échappés aux premières recherches, ne seraient pas la cause du catarrhe qui est survenu, produisent à la surface de la vessie une perturbation presque toujours salutaire.

§ 7. — Catarrhe vésical produit par l'excès ou le défaut de contractilités des parois vésicales.

J'ai longuement traité, dans les chapitres précédents, de deux séries d'états opposés de la vessie, connus sous les noms, l'un d'hypertrophie des parois, avec diminution de la capacité du viscère; l'autre d'atrophie des parois, avec augmentation de cette capacité. Indépendamment des troubles fonctionnels que ces états de la vessie entraînent nécessairement, et dont je me suis occupé déjà, il n'est pas rare de leur voir produire le catarrhe vésical.

A. *Catarrhe, avec hypertrophie des parois de la vessie.* — J'ai vu un grand nombre de catarrhes vésicaux qui se rattachaient à cet état morbide. Mais, comme je l'ai dit précédemment, il y a une distinction importante à établir. Au moment où le malade se présente, l'épaississement des parois vésicales et le racornissement

du viscère sont tantôt la conséquence, tantôt la cause de l'affection catarrhale. C'est surtout par l'exposé que le sujet fait de la manière dont il urinait avant que cette dernière se déclarât, qu'on parvient à établir cette importante distinction. Quant à la marche qu'on doit suivre dans l'examen, et à l'appréciation des circonstances propres à jeter du jour sur le diagnostic, je renvoie à ce que j'ai dit en parlant de la stagnation et de la rétention d'urine. Ce qu'il importe surtout de faire ressortir ici, c'est que les deux états opposés de la vessie peuvent coexister avec le catarrhe.

Un adulte, d'une constitution sèche et très irritable, fut adonné pendant longtemps à la masturbation, après quoi il fit quelques excès de coït et de liqueurs fortes. Depuis plusieurs années, il éprouvait des besoins fréquents d'uriner et des douleurs dans les parties génitales : on se borna à prescrire des adoucissants. Mais les symptômes augmentèrent au point que le malade, ne pouvant plus travailler, vint me consulter en août 1839. Je trouvai l'urèthre et le col vésical fort irritables; la vessie, racornie, chassait l'urine toutes les demi-heures, mais avec douleur; les nuits étaient sans sommeil, et les souffrances locales avaient réagi sur la santé, au point de produire, quoique l'appétit fût assez bien conservé, l'amaigrissement et la perte des forces; la marche était pénible; le malade avait de la peine à se redresser complétement. L'usage des bougies, pendant une dizaine de jours, diminua la sensibilité de l'urèthre, moins toutefois qu'il n'a coutume de le faire. Les besoins d'uriner étaient toujours très rapprochés; l'urine était chargée, fétide, brûlante. La phlegmasie vésicale se communiqua au rectum : pendant plusieurs jours, le malade rendit, avec douleur, des mucosités épaisses, mêlées aux excréments, qui s'en montraient recouverts, quand ils étaient durs et moulés.

Au premier moment de calme qui fut obtenu, je procédai à une exploration de la vessie et de l'anus : le lobe latéral gauche de la prostate était tuméfié et fort dur; il ne faisait saillie ni dans le rectum, ni dans l'urèthre; mais il proéminait dans la vessie dont la capacité était considérablement diminuée, et la sensibilité telle, qu'il me parut prudent d'ajourner une exploration plus complète. La petite quantité d'urine que la sonde évacua était plus épaisse, plus chargée que celle qui sortait naturelle-

ment. J'eus recours à quelques injections avec de l'eau tiède, en ayant soin de n'introduire qu'une petite quantité de liquide à la fois. Les premières injections produisirent un soulagement inespéré, mais qui ne se soutint pas, et ce ne fut que par un traitement analogue à celui dont j'ai posé les bases, en parlant du racornissement de la vessie, que je parvins à rendre la vie du malade supportable, seul résultat qu'il me fût permis d'espérer; car il s'agissait d'un cas grave, dans lequel les ressources de l'art sont très bornées.

Dans ces catarrhes avec hypertrophie et racornissement de la vessie, les symptômes sont quelquefois intenses, la marche rapide, le traitement embarrassant et même infidèle. On observe, en effet, des besoins d'uriner très rapprochés, et l'excrétion de quelques gouttes d'urine s'accompagne des plus vives angoisses. La moindre exaspération peut faire passer la phlegmasie à l'état aigu, et le malade succombe dans des tourments inexprimables. Si l'état chronique persiste, les douleurs ont moins d'acuité; mais elles sont presque continues, et les principales fonctions de l'économie en éprouvent un dérangement sensible. En ce qui regarde le traitement, on est réduit à l'emploi des calmants et des antiphlogistiques. Or, nous avons vu, en parlant du racornissement de la vessie, combien l'action de ces moyens est limitée, alors même qu'il n'y a pas de phlegmasie. Avec cette dernière complication, ils sont moins efficaces encore, et ils ne produisent aucun effet, lorsque l'état est grave.

B. *Catarrhe, avec atonie, ou paralysie incomplète de la vessie.* — Plus de la moitié des catarrhes vésicaux sont la conséquence immédiate de l'atonie et de la faiblesse du viscère, qui ne se débarrasse alors que péniblement et incomplétement de l'urine. Par suite de cet état, déjà indiqué par quelque auteur, mais dont on n'avait pas étudié les conséquences (Larbaud), le catarrhe semble se déclarer de deux manières.

D'abord, le travail pénible de la vessie pour l'expulsion de l'urine se répète plusieurs fois chaque jour, et dure, chaque fois, d'autant plus longtemps que l'atonie est plus considérable. Sous son influence, une phlegmasie de la membrane muqueuse survient, et il y a dès lors catarrhe. Ce qui prouve que les choses se passent réellement ainsi, c'est qu'il suffit de rendre le travail de la

vessie moins fatigant pour voir cesser l'affection catarrhale, j'ai souvent fait cette épreuve et chacun peut la répéter.

En second lieu, l'altération de l'urine n'est pas non plus sans action. Nous avons vu que dans l'atonie de la vessie, ce liquide n'était point expulsé en totalité, à chaque émission. La portion d'urine qui reste dans le bas-fond du viscère devient une cause de phlegmasie, soit parce qu'elle finit par s'altérer et acquérir des propriétés irritantes, soit parce qu'elle se charge en général de dépôts très abondants. Ce qui le démontre, c'est que, lorsqu'on aide la vessie à se débarrasser de son contenu, et qu'on entraîne les dépôts par des injections, le catarrhe disparaît bientôt.

Peut-être l'atonie de la vessie et le séjour forcé de l'urine, qui en est la conséquence, concourent-ils encore autrement à faire naître le catarrhe vésical; mais les deux modes dont je viens de parler sont assurément les plus ordinaires et les plus puissants.

J'ai démontré, dans l'un des chapitres précédents, combien l'atonie de la vessie est commune à tous les âges, soit par suite d'une prédisposition primitive, soit par l'influence d'une cause passagère ou accidentelle, alors même qu'il n'existe aucune lésion organique, aucun état morbide, contribuant à favoriser la stagnation de l'urine. Les rétrécissements de l'urèthre, les tuméfactions de la prostate, les fongus, les différentes lésions des parois vésicales, soit qu'ils gênent seulement le passage du liquide, soit qu'ils enrayent les contractions de la vessie, produisent le même effet que l'atonie du viscère, et si celle-ci existe déjà, il y a deux causes de catarrhe à la fois, au lieu d'une. Ainsi, que l'atonie vésicale soit primitive ou secondaire, elle précède le catarrhe, dans le plus grand nombre des cas; souvent elle suffit pour le produire et l'entretenir.

Je ne pourrais, sans m'exposer à des répétitions fastidieuses, reproduire ici, même en abrégé, l'énumération de toutes les causes qui sont capables de rendre l'excrétion de l'urine difficile, pénible, fatigante. Je n'ai d'ailleurs à m'occuper présentement que de l'affection catarrhale, qui est la conséquence de ce trouble fonctionnel.

Dans ces divers cas, le catarrhe marche d'une manière très lente. A son début, ce n'est que de loin en loin, parfois sous l'influence de causes passagères appréciables, quelquefois aussi sans

cause manifeste, qu'on voit l'urine devenir louche, nuageuse, ou apparaître dans ce liquide des stries du mucosités, ou des flocons nageants. Aucune sensation particulière n'avertit de ce changement. Le malade ne s'aperçoit souvent pas que son urine contient un dépôt, si ce n'est par hasard, ou lorsque les personnes qui l'entourent l'en avertissent. Ainsi, le plus communément, rien d'extraordinaire dans l'émission de l'urine, point de gêne, point de douleur, par le fait de ces mucosités peu abondantes. D'où il suit que cet état peut durer longtemps, et, qu'en général, le chirurgien n'est consulté qu'à une époque où la phlegmasie a fait de grands progrès, où les mucosités, devenues épaisses, abondantes, visqueuses, et même ayant pris un aspect purulent, déterminent des cuissons, en traversant l'urèthre. Alors on trouve réunis les symptômes du catarrhe et ceux de la paralysie incomplète de la vessie. Aux accidents locaux, s'en joignent d'autres, généraux, presque toujours graves; la santé est fortement atteinte, la faiblesse est considérable, et les fonctions digestives, surtout, éprouvent des troubles très marqués.

Jusqu'ici, on n'a rien ou presque rien fait pour distinguer cette espèce, si fréquente et si grave, du catarrhe vésical, pour laquelle, cependant, il est facile d'arriver à un diagnostic rigoureux. J'ai dit qu'en pareil cas, les contractions de la vessie étaient pénibles, fatigantes, et que néanmoins elles ne suffisaient pas pour chasser toute l'urine contenue dans le viscère; j'ai aussi indiqué les moyens à l'aide desquels on parvient à déterminer les états morbides qui peuvent exister.

A cet effet, lorsqu'on est appelé près d'un malade atteint de catarrhe vésical, la première chose à faire, dès qu'on a pris connaissance de ses sensations antérieures et présentes, et de la nature de ses urines, c'est d'introduire une sonde dans la vessie, immédiatement après qu'il a uriné. Si l'on voit sortir par la sonde une certaine quantité d'urine, plus épaisse, plus chargée, que celle qui est rendue naturellement, on acquiert la certitude que la vessie est frappée d'atonie, et que le liquide séjourne dans son bas-fond. Indépendamment de ces deux données, la sonde en fournit d'autres, non moins importantes. Elle fait reconnaître s'il y a un rétrécissement de l'urèthre, un état névralgique de ce canal ou du col de la vessie, une tuméfaction de la prostate, ou toute

autre lésion du col vésical. Elle apprend aussi, jusqu'à un certain point, s'il existe, dans l'organe, soit des colonnes charnues saillantes, soit des tumeurs ou un corps étranger. Ainsi, par le cathétérisme explorateur, qu'on peut répéter au besoin, ou modifier suivant le cas, non-seulement on constate la cause principale du catarrhe, mais encore on détermine les états morbides concomitants. J'ajouterai que c'est exclusivement par les explorations exécutées avec toutes les précautions sur lesquelles tant de fois déjà j'ai insisté, qu'on peut arriver à établir parfaitement le diagnostic. Comment se fait-il donc qu'à peine sont-elles indiquées en passant dans les livres, et qu'on les néglige si généralement dans la pratique, ou que, du moins, on les y exécute d'une manière si défectueuse? La conséquence nécessaire d'un pareil état de choses, est de livrer le traitement de cette espèce de catarrhe à toutes les chances de l'empirisme. Je l'ai démontré dans un mémoire communiqué en 1829 à l'Académie des sciences, et dont la plupart des journaux de l'époque ont publié l'extrait.

Dans le catarrhe avec atonie de la vessie, maladie si fréquente, et en général si grave, lorsqu'on la traite d'après les méthodes empiriques conseillées par les auteurs, la conduite du praticien devient ordinairement simple et facile, dès qu'il s'est bien assuré du véritable état des choses.

Lorsqu'il n'y a pas de lésions organiques, les moyens, pour l'exposition desquels je renvoie à l'un des chapitres précédents, suffisent, alors même que les dépôts de l'urine sont abondants et puriformes. L'atonie de la vessie est-elle accompagnée d'un état névralgique du col de l'organe et de l'urèthre, c'est par l'emploi des bougies molles qu'il faut commencer. Introduites, huit ou dix fois, à des intervalles d'un ou deux jours, ces bougies préparent le canal à recevoir les sondes, qui faciliteront l'écoulement de l'urine, et permettront de faire des injections. Si la vessie est très irritable et le catarrhe fort avancé, il faut, pour celles-ci se servir d'abord d'eau tiède, en introduire une petite quantité chaque fois, et les rapprocher ou les éloigner, suivant les réactions qu'elles provoquent. Les premières déterminent, chez quelques sujets, de la douleur, et même des mouvements fébriles. Quand elles ne produisent pas cet effet, on peut recommencer dès le lendemain, accroître la quantité de l'eau, et

en abaisser peu à peu la température, jusqu'à ce que, vers la cinquième injection, on n'emploie plus que de l'eau froide. Ce premier traitement procure déjà une amélioration notable : les dépôts de l'urine diminuent, et l'excrétion du liquide devient plus facile, moins douloureuse. Au bout de huit à dix jours, on commence à faire deux injections coup sur coup ; on peut laisser dans la vessie, la moitié ou même la totalité de la sonde, que le malade rend ensuite de lui-même. Plus tard, on pent en faire un plus grand nombre, l'une après l'autre, toujours en laissant le liquide de la dernière dans l'organe.

Par ce seul traitement, j'ai guéri un grand nombre de catarrhes qu'on avait jugés incurables. Cependant, il n'est pas rare d'en trouver qui résistent aux bougies et aux injections. Cet effet tient, tantôt aux progrès de la phlegmasie et aux désordres qu'elle a déterminés dans la structure de la membrane muqueuse vésicale, tantôt, et même le plus communément, aux complications du catarrhe. Une des plus fréquentes de ces complications est celle des affections du rectum, soit que le malade rende aussi des mucosités par l'anus, soit que l'intestin, également frappé d'atonie, retienne trop longtemps les matières fécales. L'influence de ces états sur la vessie est très grande, ainsi que j'en ai fait plusieurs fois la remarque. On a vu qu'un grand nombre de difficultés d'uriner cèdent à l'emploi des lavements. Il en est de même des catarrhes de vessie ; j'en ai guéri plusieurs, en régularisant les fonctions du canal digestif. Je ne saurais donc trop recommander de surveiller l'état du gros intestin ; les moyens à mettre en usage sont connus, mais en général on n'insiste pas assez sur leur emploi.

Malheureusement, il n'est pas rare que l'atonie de la vessie, compliquée de constipation, coïncide avec un état névralgique très prononcé du col vésical, à tel point que l'on hésite à recourir à la sonde et aux injections, si nécessaires en pareil cas. Chez quelques malades même, leur usage entraîne tant de malaise qu'ils éprouvent de la répugnance à s'y soumettre. Alors il faut, sans hésiter, recourir aux préparations opiacées, dussent-elles augmenter temporairement la paresse de la vessie et du rectum. Voici comment je me comporte dans ces circonstances : on prépare des quarts de lavement avec une décoction de

graine de lin et de tête de pavot; puis, au moment de les faire prendre, on y ajoute une petite cuillerée d'huile d'amandes douces, et, parfois, trois à quatre gouttes de laudanum de Rousseau. Chez les sujets irritables, où le catarrhe vésical est accompagné de fortes douleurs, les opiacés par le rectum ont beaucoup d'utilité, non qu'ils exercent une influence curative, mais parce qu'ils facilitent l'emploi d'autres moyens. Toutefois, il ne faut pas abuser de ces préparations; car ils ont l'inconvénient de provoquer la constipation, déjà trop fréquente, et qui est toujours si défavorable, qu'on ne doit rien épargner pour la combattre et la prévenir.

Lorsque les fonctions digestives ne laissent rien à désirer, et que cependant le catarrhe vésical résiste à l'emploi des injections, il faut recourir à des explorations plus exactes, afin de reconnaître s'il existe ou non, dans l'intérieur ou au col de la vessie, des lésions propres à entretenir la phlegmasie. S'il en existe, on se comporte comme je l'ai dit précédemment, sans s'occuper, pour ainsi dire, du catarrhe, qui, le plus souvent, n'est alors qu'un épiphénomène, une conséquence. Je dis le plus souvent, car, quand il s'agit surtout du boursouflement, de l'épaississement de la membrane muqueuse, du développement anormal des vaisseaux sanguins, etc., la lésion organique est elle-même le résultat de la phlegmasie. Ce dernier cas présente toujours d'autant plus de gravité qu'il est généralement difficile, ou même impossible, d'établir à son égard un diagnostic rigoureux. En effet, on conçoit qu'il faut un toucher très exercé pour distinguer, avec l'intermédiaire d'un instrument, si les parois vésicales ont moins de souplesse, ou si des prolongements filamenteux s'élèvent de leur surface interne. L'état villeux, floconneux et comme velouté, de cette dernière, qu'il n'est pas rare de rencontrer en pareille circonstance, peut être reconnu avec plus de précision.

Quant au développement anormal des vaisseaux, la facilité avec laquelle la surface interne de la vessie saigne au moindre frottement, permet souvent de le soupçonner, principalement chez les vieillards.

Il ne sera pas inutile de présenter quelques remarques à l'égard de cette particularité.

Nous avons vu qu'une exhalation considérable de sang a lieu souvent, sans cause déterminante appréciable, dans les cas de fongus, de tumeurs prostatiques, et de plusieurs autres états pathologiques du col et du corps de la vessie. Le même phénomène peut coïncider avec le catarrhe. J'en ai observé un grand nombre d'exemples, dont deux, tout récents, que je vais rapporter.

L'un concerne un adulte livré avec ardeur à des travaux fatigants, qui éprouva, il y a quelques années, les premiers symptômes du catarrhe vésical. Les antiphlogistiques procurèrent une amélioriation qui ne se soutint pas. Au moment où le malade s'y attendait le moins, il fut pris d'une hématurie assez copieuse pour donner des inquiétudes. Malgré tout ce qu'on put faire, l'urine continua d'être sanguinolente et catarrhale. On soupçonna l'existence d'un calcul, et le malade vint réclamer mes soins. Je ne trouvai pas de pierre; l'urèthre et son orifice interne étaient fort irritables, la vessie ne se vidait pas complétement. J'appliquai le traitement ordinaire des névralgies et de l'atonie vésicales; mais ce ne fut qu'après plusieurs semaines d'emploi journalier des injections que le sang disparut, et avec lui les dépôts muqueux de l'urine.

L'autre malade était un homme plus que sexagénaire, qui ne s'était jamais plaint d'aucune indisposition du côté des voies urinaires, lorsque, il y a deux ans, à la suite d'un coït dans la position verticale, il rendit une assez grande quantité de sang avec l'urine. Plusieurs fois ensuite, la même cause donna lieu au même phénomène, dont le sujet fut très fatigué, parce que la quantité de sang augmentait à chaque atteinte; l'urine contenait en même temps des matières muqueuses abondantes, très visqueuses, et quelquefois assez épaisses pour ne pouvoir sortir qu'avec difficulté. Du reste, à l'exception de la faiblesse générale, qui faisait d'incessants progrès, le malade n'éprouvait pas de douleurs vives. On employa divers moyens du ressort de la médecine; mais ils n'eurent aucun succès. A la suite d'un travail opiniâtre de peinture, il se déclara un nouvel accès d'hématurie, qui persista pendant plusieurs jours, et amena une faiblesse extrême. Ce fut alors qu'on me consulta. L'urèthre était libre, et la prostate dans l'état normal; on découvrait un boursouflement muqueux au col de la vessie, qui ne se vidait pas complétement.

Les injections, continuées pendant longtemps, amenèrent du soulagement; mais de temps à autre, l'urine contenait encore du mucus sanguinolent. J'eus recours à des cautérisations transcurrentes sur le col vésical : à la quatrième, l'urine reprit ses caractères naturels.

Toutes les fois que le catarrhe est ainsi précédé ou accompagné d'exhalation sanguine à la face interne de la vessie, il faut s'attendre à trouver le mal opiniâtre et très facile à récidiver. Le mélange du sang et des mucosités donne aux dépôts de l'urine, outre une couleur spéciale caractéristique, une consistance qui rend leur sortie plus ou moins difficile, et oblige de recourir pendant longtemps aux injections à grande eau.

Lorsque la maladie résiste à ces lavages, on peut ne pas se borner à l'usage d'eau froide; les préparations styptiques peuvent être indiquées. Mais, la plupart du temps, on n'arrive pas à une guérison complète; les améliorations que l'on procure ne sont que temporaires, et de temps à autre le catarrhe reparaît avec toute son intensité. A la vérité, ces exacerbations durent peu; mais elles suffisent pour démoraliser les malades, et inquiéter, avec juste raison, le praticien.

C'est dans ces cas, principalement, qu'on a essayé divers moyens empiriques propres à modifier la sécrétion rénale, à stimuler les parois de la vessie, à produire un ébranlement général, en un mot à exercer des actions perturbatrices ou dérivatives. Mais le diagnostic étant très vague, c'est l'inspiration, plus que l'indication raisonnée, qui a conduit les praticiens. Cependant, comme on avait obtenu quelques succès, on a préconisé ces moyens; puis on a voulu ériger en méthodes de traitement des applications qu'il n'était possible de soumettre à aucune règle précise, car on ne savait, au juste, ni contre quel état morbide, ni comment elles avaient agi. A l'appui de ces réflexions, je ne citerai aussi qu'un seul cas, pris, sans choix, parmi beaucoup d'autres.

Un homme de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste, ayant une vie fort active, et évitant avec soin tous les excès, commença, il y a environ cinq années, à éprouver des besoins fréquents d'uriner, qu'il ne pouvait satisfaire qu'avec un peu de gêne. Déjà, depuis quelque temps, il ressentait de vives démangeai-

sons à la partie interne des bras et des cuisses, ainsi qu'au pourtour de l'anus. Ces démangeaisons disparurent subitement, lors de la manifestation des premiers désordres dans les fonctions de la vessie. Le malade fit d'abord peu d'attention à la dysurie dont il était atteint; mais, comme elle augmenta, il réclama les secours de l'art. Croyant à un rétrécissement de l'urèthre, on introduisit pendant près d'une année, des sondes ou des bougies, qui ne produisirent aucun soulagement. Ce fut alors que le malade vint me consulter. Je reconnus que la vessie était grande, mais paresseuse, qu'elle ne se vidait que du trop-plein de l'urine et que son col avait une rigidité considérable. Du reste, je ne découvris rien d'anormal dans l'urèthre; la prostate avait son volume ordinaire, les selles étaient faciles, et quoique l'embonpoint et les forces eussent diminué, toutes les fonctions semblaient s'accomplir d'une manière normale. A différentes reprises, les urines avaient été sanguinolentes; cette particularité me frappa; comme il n'y avait ni pierre, ni fongus, pour l'expliquer, l'ancienneté du catarrhe me fit craindre qu'elle ne dépendît d'un développement anormal du réseau capillaire de la vessie; mais ce n'était là qu'une conjecture. Les explorations n'indiquèrent rien qui pût faire croire à un ramollissement de la tunique muqueuse, ou à la présence des expansions filamenteuses qu'on observe quelquefois. Du reste, les dépôts de l'urine n'avaient jamais été fort abondants; au moment où je vis le malade, ils étaient puriformes, et le liquide exhalait une odeur repoussante.

Je m'occupai d'abord de rétablir la contractilité de la vessie. Pendant un mois, je fis chaque jour des injections, d'abord tièdes, et ensuites froides. Les premières produisirent de très bons effets, qui ne durèrent pas. Les occupations du malade ne lui permettant pas de rester à Paris, je lui conseillai de continuer les injections, en y joignant des lavements, des bains de siége, des boissons abondantes, un régime doux, et le soin de se garantir des variations atmosphériques, qui, plus d'une fois déjà, avaient exercé sur son état une influence fâcheuse. Les précautions qu'on prit ne le mirent pas à l'abri de nouveaux accidents. Il survint, en premier lieu, un engorgement testiculaire considérable, dû sans doute au peu de ménagement avec lequel le malade introduisait la sonde, mais qui pouvait fort bien aussi tenir à ce que

la phlegmasie vésicale s'était propagée aux organes spermatiques. Cette orchite dura plusieurs mois, accompagnée de fièvre continue et d'augmentation du catarrhe. Pendant tout ce temps, les besoins d'uriner furent très rapprochés, et la difficulté de les satisfaire extrême. La santé générale s'en ressentit beaucoup. Toutefois, la résolution s'opéra, fut suivie d'une diminution des symptômes du catarrhe, et le malade finit par se retrouver dans le même état qu'auparavant. Il revint à Paris. Je trouvai le dépôt de l'urine épais, grumeleux et fort abondant. Le liquide était d'un jaune foncé, et très fétide, la vessie toujours paresseuse, et son col toujours irritable; il était resté une grande sensibilité dans le testicule et le cordon spermatique du côté droit.

Je repris les injections, qui furent continuées pendant quinze jours. Le malade s'en trouva encore bien; d'autant mieux même qu'au moyen des précautions que je prenais, l'introduction de la sonde ne causait aucune douleur. Je pratiquai ensuite quelques cautérisations transcurrentes, à l'orifice interne et à la portion prostatique du canal. La première, bien que fort légère, fut suivie de trois accès de fièvre, de beaucoup d'agitation et d'exaspération du catarrhe; pendant plusieurs jours, l'urine coula teinte de sang. Lorsque ces accidents furent calmés, je fis une nouvelle cautérisation, en procédant de la même manière. Cette fois, la réaction fut moins vive. Dix jours après, une troisième cautérisation fatigua bien moins encore le malade. Évidemment, la sensibilité du col vésical et de la partie profonde de l'urèthre avait diminué, et ce résultat était d'un bon augure. Il y eut en tout six cautérisations. Je fus obligé de m'arrêter, et aussi de rendre les injections moins fréquentes, dans la crainte de voir récidiver l'orchite, les cordons testiculaires étant devenus fort sensibles. Alors je commençai les douches sulfureuses, que l'on continua tous les deux jours, à la température de 36 degrés. Le malade en éprouva d'abord de bons effets. L'urine ne déposait plus, n'exhalait pas d'odeur fétide, et son expulsion était assez facile, si ce n'est pendant la nuit, où le malade était obligé de pousser pour la faire sortir. Cette circonstance annonçait qu'il y avait encore un peu d'atonie dans le corps de l'organe, et trop de contractilité dans son col. Elle indiquait, par suite, la nécessité de revenir aux injections, qui n'eurent cependant pas autant de

succès qu'on aurait pu l'espérer. Je les rendis plus énergiques. D'abord j'eus recours, mais en vain, à la décoction de suie. Pendant l'emploi de ce liquide, survinrent, dans la région lombaire et le long des uretères, d'assez vives douleurs qui cédèrent aux purgatifs. J'employai ensuite une dissolution de 5 centigrammes de nitrate d'argent dans 120 grammes d'eau distillée. La première de ces injections exaspéra sensiblement le catarrhe; mais bientôt le calme se rétablit; il y eut un mieux sensible, l'urine s'éclaircit de nouveau, et l'expulsion en devint de plus en plus facile. Depuis huit mois, je n'ai plus entendu parler de ce malade, et tout me porte à croire que son état s'est notablement amélioré, si même la guérison n'a été complète.

Je me suis étendu sur les détails de cette observation, parce qu'il s'agissait d'un catarrhe vésical des plus opiniâtres, et qu'on ne découvrait chez le sujet aucune cause capable de produire des effets aussi prolongés. Il existait là une atonie de vessie méconnue, qui avait fait de grands progrès pendant un premier traitement dirigé contre des causes imaginaires. J'ai souvent recommandé de procéder avec précaution à l'introduction des bougies et des sondes. Si l'on néglige ce soin, il en résulte des douleurs et une perturbation dont les conséquences peuvent être des plus fâcheuses, et qui suffisent souvent pour empêcher les bons effets des injections. C'est ce qui arriva chez le malade dont je viens de relater l'histoire.

Les cautérisations transcurrentes, et les injections de nitrate d'argent, ont produit d'heureux résultats, sans occasionner de grands désordres, bien que les organes fussent doués d'une irritabilité excessive. Lorsqu'on emploie ces moyens de prime abord, sans avoir préparé convenablement le malade, ainsi que plusieurs praticiens le conseillent, ils sont souvent inutiles, et quelquefois même ne font qu'aggraver l'affection catarrhale, surtout quand on fait des cautérisations fortes et prolongées, ou qu'on injecte une dissolution trop concentrée. Avant de recourir à cette médication, j'avais acquis la conviction qu'il n'existait, ni à la vessie, ni à la prostate, aucun état morbide qu'elle pût exaspérer. De toute évidence, l'atonie des parois vésicales était la cause principale du catarrhe. Le nitrate d'argent n'est pas alors sans efficacité. Le tout est de l'employer en temps utile, et seulement dans les cas

où il convient. Or, je ne saurais trop répéter que les indications ne sont pas faciles à saisir. Quant à la manière de faire ces cautérisations et ces injections, et aux précautions qu'elles exigent, j'y reviendrai à la fin du chapitre.

Plusieurs malades ont de la peine à supporter les introductions répétées de la sonde, et il leur est plus facile de la garder en permanence. Chez d'autres, l'impossibilité de réitérer le cathétérisme aussi souvent que la maladie l'exigerait, oblige aussi de placer à demeure une sonde, qui sert à évacuer l'urine et à faire des injections. De cette manière, le traitement peut encore avoir un résultat heureux ; mais il y a deux particularités sur lesquelles je dois appeler l'attention. Chez quelques-uns de ces malades, les sondes placées en permanence dans la vessie s'incrustent avec une promptitude extrême : j'ai plus d'une fois été forcé de les changer ou de les nettoyer tous les deux jours. Sans cette précaution, en les retirant, on causerait des douleurs, ou l'on s'exposerait à laisser dans les organes des fragments d'incrustation, qui deviendraient promptement des noyaux de calcul. Chez deux malades, que j'ai opérés par la lithotritie, la pierre tenait, j'en suis certain, à cette circonstance.

Le séjour prolongé des sondes dans le canal produit, chez d'autres sujets, soit à la courbure de l'urèthre, soit au col de la vessie, des désordres que j'ai fait connaître, et qui commandent une grande réserve dans l'emploi de ce moyen.

Si la présence d'une sonde dans la vessie, frappée d'inertie, provoque souvent une stimulation utile, il est des cas analogues à ceux dont il s'agit ici, et dans lesquels la vessie ne reprend l'exercice de ses fonctions qu'avec difficulté et lenteur. Il n'est pas rare de voir le catarrhe reparaître aussitôt qu'on retire la sonde. Comme dans les cas d'atonie simple de la vessie, il ne faut pas cesser brusquement l'usage de cet instrument : on le retire d'abord pendant le jour, pour le replacer la nuit. Si la vessie ne se vide pas aisément, on l'introduit de temps à autre, et l'on pratique des injections. En un mot, il faut associer les deux méthodes, en se guidant d'après les phénomènes observés.

§ 8. — Catarrhe vésical produit par des causes indirectes.

Dans les espèces du catarrhe vésical que je viens de passer en revue, la phlegmasie de la vessie se rattache, d'une manière plus ou moins directe, à des dispositions pathologiques de l'appareil urinaire, en sorte qu'il est généralement facile de se rendre compte de la maladie, de sa marche, de ses symptômes et de ses terminaisons. Il y a, en effet, entre l'état morbide primitif et l'affection catarrhale consécutive, une corrélation plus ou moins facile à saisir, et qui guide le praticien dans la conduite à tenir. Ce sont des cas à peu près simples, ou du moins dans lesquels, s'il existe des complications, la liaison entre celles-ci et le symptôme principal saute pour ainsi dire aux yeux. En général, alors, une seule série de moyens curatifs suffit; ou, s'il devient nécessaire d'en employer plusieurs, les indications sont nettement dessinées. Mais il existe d'autres espèces de catarrhe vésical, à l'égard desquelles on ne peut procédér de la même manière. Quelquefois, on n'aperçoit aucun rapport entre l'effet qu'on observe et la circonstance dont on serait tenté de le faire dépendre; et si la théorie semble en indiquer un, il est trop vague, trop indirect pour satisfaire aux exigences d'une thérapeutique rationnelle. Dans ces cas, jugés très communs, et qui sont heureusement assez rares, le praticien éprouve un grand embarras.

Une particularité qui contribue à rendre confuse l'histoire des catarrhes vésicaux, est que les circonstances auxquelles on attribue ceux dont il me reste à parler, peuvent exister, et existent fort souvent, en même temps que les états morbides qui entraînent directement la maladie. Ainsi, il n'est pas rare qu'un homme attaqué de quelqu'une des lésions uréthrales ou vésicales, qui produisent le catarrhe, ait été ou soit simultanément atteint d'exanthèmes, d'hémorrhoïdes, de goutte, de rhumatisme, etc. Il ne l'est pas non plus, qu'une personne, chez laquelle les symptômes du catarrhe ont éclaté, à la suite d'une affection quelconque de l'urèthre ou de la vessie, mène une vie sédentaire, ou fasse abus des boissons spiritueuses; qu'elle ait éprouvé un arrêt de transpiration, ou la suppression d'une évacuation périodique, naturelle ou provoquée par l'art. Dans ces divers cas, le catarrhe

peut également se rattacher, soit à des causes directes, locales, soit à des causes indirectes, agissant sur un point éloigné de la vessie ; mais on ne tient compte, en général, que de ces dernières, ainsi que les opinions et les méthodes curatives accréditées en font foi.

J'ai démontré, je l'espère, que les causes directes et locales sont celles qui exercent le plus d'action ; mais je n'ai pas prétendu qu'il convienne de négliger l'étude des autres. Plusieurs faits que j'ai déjà rapportés, et d'autres dont je vais parler, prouvent qu'elles ont leur part d'influence. Il importe même d'autant plus d'y avoir égard, qu'on ne saurait rigoureusement déterminer la part d'action qui revient à chaque série de causes, et que, souvent, on voit les plus puissantes d'entre celles que j'appelle directes, comme un rétrécissement considérable de l'urèthre, une tuméfaction énorme de la prostate, une tumeur implantée dans la vessie, ou une grosse pierre, ne pas entraîner la manifestation du catarrhe, qui apparaît et persiste ; d'autres fois, sans qu'on découvre aucune particularité organique notable, capable d'expliquer sa production.

Je dépasserais de beaucoup les bornes que j'ai dû m'imposer, si je voulais passer en revue toutes les affections éloignées auxquelles le pouvoir de faire naître le catarrhe vésical a été attribué ; car on voit figurer dans le nombre la plupart des influences qui modifient l'action de nos organes, et presque toutes les maladies étrangères à l'appareil urinaire.

Ainsi, par exemple, la cessation brusque de la gale, des dartres et autres affections cutanées, a été rangée parmi les causes du catarrhe vésical. Sans doute, on voit survenir ce dernier chez des sujets atteints d'éruptions sporiques ou herpétiques, qui diminuent ou même disparaissent à mesure qu'il se développe. Mais, de la succession de deux phénomènes à une relation de causalité entre eux, il y a loin, et l'on est étonné qu'un aphorisme trop connu pour que j'aie besoin de le rappeler, ait été oublié à propos des maladies de l'appareil urinaire, quand on en fait chaque jour l'application à celles des autres parties de l'organisme. Quoi qu'il en soit, la préexistence d'une affection cutanée chez les sujets atteints de catarrhe vésical, mérite d'autant plus qu'on y ait égard, qu'elle indique la nécessité, non pas de recourir à de pré-

rendus spécifiques, mais d'agir sur les téguments avec plus d'énergie qu'on ne l'eût fait dans d'autres cas.

Il n'est pas rare de voir le catarrhe vésical survenir pendant la convalescence, ou même après la guérison complète d'une maladie interne, surtout lorsque celle-ci avait pour siége une membrane muqueuse. Dans un des chapitres précédents, j'ai noté une particularité que je rappellerai ici, parce qu'elle me paraît mériter la plus grande attention. Des malades que j'avais guéris de la pierre et d'un catarrhe vésical, déterminé par la présence du corps étranger, ayant éprouvé, accidentellement, les uns une angine ou un coryza, d'autres une pleurésie, une péri-pneumonie, quelques-uns une gastrite, une entérite, et un plus petit nombre une phlegmasie cutanée, j'ai remarqué, chez le plus grand nombre, qu'il ne se passait rien du côté de la vessie, pendant que l'inflammation nouvelle parcourait ses premières périodes, mais que, lorsqu'elle touchait à sa fin, et parfois même après qu'elle avait disparu, la sécrétion vésicale devenait plus abondante. Ce phénomène, signalé déjà par Chopart, Dupuytren et autres praticiens très habiles, s'est reproduit si souvent dans ma pratique, que je n'hésite plus à le prédire aux malades, pour leur épargner les inquiétudes qu'il pourrait exciter, en leur faisant craindre le retour et la permanence de l'ancienne maladie de la vessie. Il n'a rien, au reste, qui doive surprendre, puisque le réservoir de l'urine vient d'être le siége d'une affection qui l'a laissé dans un état insolite de susceptibilité.

En opposition avec les cas précédents, on voit assez fréquemment le catarrhe vésical survenir chez des personnes qui n'avaient jamais souffert des voies urinaires, et qui relèvent d'une inflammation des viscères thoraciques ou abdominaux. Pinel et M. Avisard en ont cité des exemples, à la suite de la bronchite. On est même parti de là pour admettre que le catarrhe vésical peut quelquefois constituer une crise favorable. Laissant de côté cette hypothèse, qui ne soutiendrait pas toujours un examen sérieux, nous ferons remarquer qu'en général ces catarrhes secondaires durent peu, et se dissipent spontanément. Presque toujours, ils dépendent d'une atonie accidentelle de la vessie, conséquence de la maladie plus ou moins grave à laquelle le sujet a été en proie. Quelquefois, cependant, le viscère n'a rien perdu de sa puissance

expulsive, ainsi que j'ai pu m'en convaincre chez un des membres les plus distingués du barreau de Paris. Pendant la convalescence d'une maladie grave de l'estomac, cet avocat éprouva des difficultés d'uriner si grandes et si rebelles aux calmants, qu'il se crut attaqué de la pierre et me fit appeler. Je reconnus que ses soupçons n'avaient aucun fondement, mais que le col vésical et l'urèthre étaient fort irritables; quant à la vessie, elle se contractait avec tant d'énergie que les frottements de la sonde sur sa face interne faisaient sentir des rugosités, des inégalités, comme il arrive après qu'on y a fait plusieurs injections froides. Je rassurai le malade, et l'engageai à insister sur l'emploi des calmants et des émollients, qui, au bout de quelques semaines, dissipèrent effectivement ses souffrances.

La pratique nous amène assez souvent des sujets adultes, et surtout des vieillards, atteints de goutte et de catarrhe vésical, dont les accès sont tantôt simultanés et tantôt successifs. Ces cas, dans lesquels les uns ont vu l'influence d'une seule et même cause, et les autres une réaction de l'affection goutteuse sur la vessie, me semblent rentrer parfaitement dans la catégorie de ceux dont je viens de parler, et comporter la même explication. A leur occasion, je crois devoir noter une circonstance qu'on a beaucoup trop négligée. Toutes les maladies graves, et la goutte est de ce nombre, exigent le repos, une abstinence plus ou moins prolongée des stimulants, et un régime très sévère. Or, pour peu que la vessie ait de la tendance à l'atonie, elle devient de plus en plus inerte sous cette influence, et se vide de plus en plus incomplétement; l'urine y séjourne, ce liquide y forme des dépôts, et le catarrhe apparaît ordinairement sous forme chronique. Qu'une cause quelconque vienne à l'exaspérer, une fois qu'il est établi, l'affection arthritique diminue, et cesse même, pour reparaître aussitôt que le catarrhe reprend ses précédentes conditions de chronicité.

Dans la goutte et le rhumatisme, aussi bien que dans la plupart des maladies, la sécrétion rénale est plus ou moins modifiée, sous le double rapport de la quantité et des qualités. Or, on ne saurait douter que la nature de l'urine n'exerce une certaine influence sur la sensibilité et la contractilité de la vessie, et que celle-ci ne participe aux influences exercées sur l'appareil dont elle est une des parties principales. Il n'est pas rare que des boissons abon-

dantes suffisent pour diminuer subitement les contractions vésicales, éloigner les besoins d'uriner, et faire disparaître les traces du catarrhe. Il faut donc, sans y attacher une importance exagérée, tenir compte de la quantité d'urine sécrétée dans un temps donné, et des qualités anormales que ce liquide peut acquérir. S'il n'y a qu'une simple modification de l'action rénale, par suite de la maladie de la vessie, ou si les reins sont devenus le siége d'un véritable travail inflammatoire, la conduite à tenir ne saurait être parfaitement la même. Dans le premier cas, on doit chercher à attaquer la phlegmasie vésicale d'une manière plus vigoureuse, afin de faire taire les sympathies qu'elle développe, et dans le second il faut agir plus directement sur les reins.

On a cité des faits à l'appui de l'influence attribuée à la suppression de transpirations habituelles, et particulièrement de sueurs abondantes aux pieds, dans la production du catarrhe vésical. Le docteur Jallat, par exemple, en a rapporté un, dans la thèse qu'il a soutenue, en 1824, à la Faculté de Paris. Mais ici, comme dans la plupart des cas analogues, on a négligé d'autres circonstances plus importantes. Parmi les malades qui se sont offerts à moi, il s'en est trouvé quelques-uns qui accusaient des suppressions de transpiration, ou des répercussions d'exanthèmes, d'être la principale source des désordres dont ils souffraient du côté des voies urinaires; mais, en les examinant avec attention, je finissais toujours par découvrir une atonie de la vessie, une névralgie du col vésical ou de l'urèthre, ou quelque autre affection analogue, qui existait inaperçue. On ne saurait donc partager l'opinion de Dupuytren, qui pensait que la fréquence des affections catarrhales de la vessie, chez les vieillards, dépend de la sécheresse des téguments à cette époque de la vie. Toutefois, le praticien ne perdra jamais de vue l'état de la peau; et, pendant le cours du traitement, il ne devra négliger aucun des moyens propres à activer et à régulariser les fonctions d'un organe aussi important.

Ce n'est pas sans raison qu'on a rangé la vie sédentaire parmi les causes du catarrhe vésical, puisque, comme je l'ai fait voir ailleurs, elle est une des principales de celles qui amènent l'atonie de la vessie. Les personnes qui ne prennent que peu ou point d'exercice, qui restent habituellement assises ou couchées,

sont plus sujettes que d'autres à la paresse de vessie, cause essentielle de la stagnation de l'urine, et, par suite, du catarrhe. Cependant, cette règle n'est pas sans exception, et les femmes y sont généralement soustraites. La vie sédentaire, je ne crains pas de le répéter, n'influe que d'une manière indirecte, sur la manifestion du catarrhe vésical. Si les hommes de cabinet surveillaient davantage les fonctions de la vessie et du rectum, peut-être seraient-ils moins exposés que d'autres à cette maladie, parce que leur genre de vie, sauf ce qui concerne l'exercice, est, généralement parlant, plus conforme aux lois de l'hygiène, et les met à l'abri d'une foule d'influences perturbatrices.

Certains catarrhes vésicaux sont dus à l'abus des boissons spiritueuses. Il y en a moins cependant qu'on ne pourrait le croire. Je n'ai observé que trois cas de ce genre bien caractérisés, et dans lesquels l'ivrognerie paraissait être la cause principale, sinon unique, de la maladie. Dans d'autres, où le catarrhe avait été attribué à cette circonstance, j'ai reconnu des dispositions morbides de l'urèthre ou de la vessie, dont on n'avait pas tenu compte.

A côté des boissons alcooliques, on a placé, comme étant susceptibles de faire naître le catarrhe vésical, les boissons chaudes, excitantes et diurétiques, fort en usage dans certaines contrées. Que ces substances aient une action spéciale sur le col de la vessie, ou qu'elles déterminent seulement une surexcitation des reins, il paraît qu'elles peuvent, en effet, occasionner la maladie, surtout chez les personnes qui y sont déjà prédisposées d'une manière quelconque.

Nous possédons un grand nombre d'exemples de cystites, provoquées par les cantharides, administrées à l'intérieur, ou appliquées sur la peau; et comme, dans beaucoup de cas, ces cystites sont accompagnées de douleurs lombaires et d'hématurie, on a admis que cette cause étendait simultanément son action jusqu'aux reins. Il est incontestable qu'on observe des néphrites à la suite de l'usage des cantharides; mais tout porte à croire aussi qu'elles sont consécutives à l'inflammation vésicale, puisque c'est sur le col de la vessie que porte surtout l'impression de cette substance irritante. Quoi qu'il en soit, on a rangé les cantharides parmi les causes du catarrhe vésical, que Paré,

entre autres, dit être survenu chez un jeune homme qui avait été employé pendant deux mois à la pulvérisation de ces coléoptères. Comme, en général, les effets des cantharides sur l'appareil urinaire sont prompts et violents, ils réclament aussi des moyens énergiques. Si la phlegmasie prenait une marche chronique, on se comporterait comme dans les catarrhes produits et entretenus par une irritation persistante du col vésical. Si déjà le catarrhe existait au moment où les cantharides viennent à agir, il prendrait très probablement une forme aiguë, et alors il faudrait se conduire comme s'il n'y avait pas d'affection catarrhale préalable; seulement, l'inflammation consécutive serait plus grave, plus opiniâtre, et nécessiterait un traitement plus énergique et plus prolongé.

Quelques moyens employés sans ménagement, pour arrêter les écoulements uréthraux, notamment la résine de copahu, produisent assez souvent des cystites, quelquefois sérieuses. Le plus fréquemment, néanmoins, ces phlegmasies additionnelles prennent une forme chronique, ou du moins ne persistent pas longtemps à l'état aigu. Il n'y a rien là qui ne rentre dans la catégorie des faits précédemment examinés.

Les diverses circonstances que je viens de passer en revue exercent sans doute de l'influence sur la marche et la terminaison de l'affection catarrhale. Mais on observe tant de différences à cet égard, et leurs effets varient tellement, selon les individus, qu'il n'y aurait moyen de les représenter que par des observations particulières. En ce qui concerne le traitement, les indications découlent de la cause, sagement appréciée, qui produit ou concourt à produire le catarrhe; elles sont faciles à saisir, et se réduisent, en résumé, à écarter cette cause, ou, quand on ne peut y parvenir, à atténuer le plus possible son influence. Les moyens de remplir ces indications ne sauraient donc être les mêmes chez tous les sujets; c'est à la sagacité du praticien à les approprier aux divers cas, aussi bien qu'aux éventualités qui peuvent surgir.

Art. IV. — Du catarrhe vésical chez les femmes.

On s'est peu occupé du catarrhe vésical chez les femmes. Plusieurs motifs se sont réunis pour amener cette négligence: d'abord, à raison de dispositions organiques plus favorables, on observe plus rarement chez la femme que chez l'homme, les altérations morbides et les troubles fonctionnels, tant de la vessie que de l'urèthre, dont le catarrhe est la conséquence. En second lieu, la plupart des femmes ne se soumettent qu'à la dernière extrémité aux investigations locales, et quelques-unes même gardent un silence obstiné sur les souffrances qu'elles éprouvent du côté de l'appareil génito-urinaire.

Cependant, les femmes sont plus sujettes au catarrhe vésical qu'on ne le pense généralement. Cette affection a même quelquefois chez elles un caractère désespérant d'opiniâtreté. Je l'ai observée à tous les âges et dans toutes les conditions de la vie sociale.

Chez les jeunes filles, comme chez les jeunes garçons, l'incontinence d'urine est souvent accompagnée des dépôts muqueux ou mucoso-purulents qui constituent le catarrhe vésical. Quelques-unes, d'ailleurs bien constituées, et présentant tous les attributs d'une bonne santé, sont atteintes de catarrhes, qui dépendent très souvent d'un état névralgique de l'urèthre, mais qui, parfois, se rattachent à l'atonie de la vessie. Le même phénomène se produit chez d'autres, lorsque la menstruation commence, ou qu'elle s'accomplit péniblement. L'habitude de résister au besoin d'uriner est aussi une des circonstances propres à développer la maladie. A la vérité, dans tous ces cas, je n'ai vu qu'une seule fois le catarrhe offrir de la gravité. En général, il m'a suffi de prescrire des lavements, d'augmenter la quantité des boissons, et d'engager les malades à uriner aussitôt que le besoin se faisait sentir, pour obtenir une grande amélioration, bientôt suivie de la guérison, sans qu'il fût nécessaire de recourir à un traitement spécial. La plus grande difficulté qu'on rencontre consiste à obtenir que la malade permette l'exploration des parties, et la pratique des injections, lorsqu'elles sont nécessaires.

Chez les jeunes femmes, les rapports conjugaux, l'abus du coït, et le travail de la gestation, agissent quelquefois sur la vessie, de manière à y favoriser, si ce n'est à y provoquer, le développement d'une phlegmasie chronique, lorsque, d'ailleurs, il existait déjà un commencement de névralgie uréthrale et d'atonie de la vessie. Ce cas est rare, néanmoins, et la plupart du temps sans gravité. Le traitement n'exige rien de particulier, et il est toujours couronné de succès, si on l'applique de bonne heure; malheureusement, beaucoup de femmes négligent pendant longtemps le catarrhe, qui finit alors par devenir opiniâtre.

Les plus graves, parmi celles de ces affections que j'ai rencontrées, existaient chez des femmes nerveuses, qui s'étaient livrées sans retenue au coït, et à l'usage des boissons spiritueuses. La maladie avait débuté, chez elles, par une névralgie de l'urèthre et du col vésical, dont on ne s'était point occupé. On avait négligé aussi le catarrhe, tant qu'il ne s'était montré que de temps à autre, et peu développé. Au moment où j'ai vu ces malades, non-seulement l'affection catarrhale avait fait de grands progrès, mais encore la santé avait éprouvé de profondes atteintes. Aux moyens locaux, il a fallu associer les traitements généraux, et la position est devenue d'autant plus embarrassante, dans certains cas, que l'effet des uns et des autres a été longtemps incertain, et toujours fort lent. Quelquefois même, les malades se sont découragées, et n'ont point obtenu la guérison. Chez plusieurs, il n'y a eu qu'une amélioration assez restreinte.

Il survient quelquefois des cystites graves, précédées de catarrhe, à la suite des accouchements laborieux. Ad. Pasquier cite un cas de ce genre qui, au septième jour, se termina par la mort. Les compressions violentes et les contusions qu'éprouvent alors l'urèthre et le col de la vessie, jointes aux fréquentes difficultés d'uriner auxquelles les femmes sont si sujettes vers la fin de la grossesse, rendent parfaitement raison de cet état, qui cède, en général, aux injections et au soin, continué pendant quelque temps, de vider la vessie soir et matin.

A l'époque de la ménopause, les catarrhes de vessie sont fréquents, graves, et communément opiniâtres. Ils entraînent parfois de grands désordres, locaux et généraux, qui ne sont pas toujours envisagés sous leur véritable point de vue; car on est

d'autant plus disposé à en chercher la cause dans l'utérus, que les symptômes, du côté de la vessie, paraissent peu marqués. Ces sortes de catarrhes, généralement chroniques, mais quelquefois aussi plus ou moins aigus, présentent beaucoup de variétés. Ce qui les distingue surtout, c'est la résistance qu'ils opposent à tous les moyens indirects de traitement. Il faut tout faire pour que les malades se décident sans délai à laisser employer les bougies, les sondes, les injections.

Au reste, une fois que le catarrhe vésical est établi, il offre, chez la femme, les mêmes particularités que chez l'homme. Là, aussi, il y a tantôt atonie de la vessie, qui exécute ses fonctions d'une manière incomplète ; tantôt, au contraire, hypertrophie des parois du viscère, avec accroissement de son pouvoir expulsif. La conduite à tenir varie d'après ces deux circonstances, et ne présente rien d'ailleurs de particulier, à part de légères modifications, que tout praticien saura sans peine apprécier.

Art. V. — Du catarrhe vésical chez les enfants.

Le catarrhe vésical a été moins étudié encore chez les enfants que chez les femmes. Cependant il n'est pas rare aux premiers âges de la vie, phénomène qui n'aura rien de surprenant, si l'on se rappelle que la vessie est très paresseuse chez les jeunes sujets, et que la stagnation de l'urine est la principale cause de la maladie.

C'est surtout chez les enfants scrofuleux et rachitiques que j'ai observé le catarrhe chronique. Presque toujours, il y avait paresse de la vessie, accompagnée ou non d'incontinence d'urine. Quant aux caractères de la phlegmasie, ils ne m'ont rien offert de spécial. J'ai seulement remarqué que la maladie était fort insidieuse, en ce sens que ses symptômes avaient, la plupart du temps, peu d'intensité, surtout au début. Peut-être, cause-t-elle moins de douleur qu'aux autres époques de la vie. Les mucosités sont moins abondantes, et leur passage à travers l'urèthre paraît occasionner des cuissons moins vives. Quelquefois, la phlgmasie persiste pendant plusieurs années, sans que l'urine devienne puriforme. Cependant, il arrive une époque où ce liquide prend une couleur lactescente, et dépose une matière granuleuse, de couleur grise.

ılors, la constitution du sujet a déjà reçu de profondes atteintes, t le dépérissement est rapide.

Chez certains enfants, au début de la maladie, il suffit de asser quelques bougies molles dans l'urèthre, et de faire des ıjections simples dans la vessie, pour voir disparaître de l'urine s mucosités qu'elle contenait, et l'excrétion de ce liquide rerendre son cours régulier. Mais on est rarement appelé dès le rincipe, et si l'affection dure déjà depuis un certain laps de ımps, comme c'est le cas le plus ordinaire, on trouve le canal ccessivement irritable. De là naissent des difficultés pour le traiıment. L'introduction des premières bougies et des premières ındes est difficile, fort douloureuse, et détermine parfois une ıaction, qui exaspère la phlegmasie. Il faut ne procéder à ces ıtroductions qu'avec les plus grands ménagements, si l'on ne ıut s'exposer à interrompre le traitement, et par conséquent prolonger beaucoup sa durée.

Dans l'enfance, comme aux autres époques de la vie, la phlegıasie vésicale est souvent provoquée, entretenue, exaspérée par ırritation du rectum, et surtout par la présence des vers. C'est ne circonstance à laquelle le praticien doit avoir égard.

Du reste, la méthode à suivre est la même que pour les autres ıs que j'ai passés en revue. On a successivement recours à divers ·dres de moyens, en les proportionnant à l'intensité de la phlegasie, ainsi qu'au tempérament et aux forces du sujet, sans jaais perdre de vue la cause qui exerce la plus grande part d'inıence. A cet âge, la nature a plus de ressources; aussi n'est-il ıs rare de voir revenir à la santé des malades qui semblaient ıués à une mort certaine. Cependant, il arrive que toutes les ssources de l'art échouent, même employées de la manière la ıus méthodique, et alors les enfants succombent dans un état ımplet de marasme.

Art. VI. — Du traitement général du catarrhe vésical.

En traçant l'histoire des diverses espèces du catarrhe vésical, ıi indiqué, pour chacune d'elles, la méthode spéciale de traiment qui lui convient. Mais quelques-uns des moyens dont ıi conseillé l'emploi exigent une attention particulière, et je me

suis trop peu étendu sur leur mode d'application, leur manière d'agir et leurs effets, pour ne pas sentir la nécessité d'entrer, à leur sujet, dans quelques détails supplémentaires. D'ailleurs, il en est plusieurs dont je n'ai point eu occasion de parler, et dont je crois également utile d'apprécier la valeur et le degré d'importance.

1° Antiphlogistiques. — On connaît les heureux effets de la méthode antiphlogistique, au début et pendant le développement de la plupart des phlegmasies, quel qu'en soit le siége. Elle a aussi une incontestable utilité dans les inflammations de la vessie. Mais, quant au catarrhe vésical, on ne doit pas imiter les praticiens qui, ne voyant en lui qu'une phlegmasie ordinaire, sans avoir égard aux circonstances qui la déterminent et l'entretiennent, ne connaissent guère à lui opposer que les saignées locales et générales, les bains, les boissons abondantes, les lavements, les applications sédatives, et un régime sévère. Ces moyens sont certainement indiqués dans le catarrhe aigu, en les modifiant selon l'exigence des cas, et les proportionnant à l'état du sujet, ainsi qu'à l'intensité de la maladie. Mais je ne saurais trop répéter que le point capital du traitement, que négligent la plupart des praticiens, est de veiller à ce que l'urine ne s'amasse pas dans la vessie. C'est à l'accumulation de ce liquide qu'il faut rapporter la cause principale des accidents; si le viscère pouvait demeurer dans une inaction complète, la cystite perdrait beaucoup de sa gravité. Soustraire la vessie à la nécessité de fonctionner péniblement pour se débarrasser de l'urine, écarter ou atténuer les obstacles qui entravent l'exercice de ses fonctions, tel est le double but qu'il importe d'atteindre. Or, de toute évidence, les antiphlogistiques ne sauraient y conduire à eux seuls. On aurait tort néanmoins de les négliger, car ils deviennent un puissant auxiliaire dans beaucoup de circonstances.

Je n'insisterai pas sur les émissions sanguines, dont l'utilité n'est contestée par personne. Quant aux bains, je n'ai pas remarqué que ceux de nature mucilagineuse eussent un avantage réel sur ceux d'eau simple. L'essentiel est d'y laisser le malade longtemps, et de les maintenir à une température uniforme, de 31 à 35 degrés centigrades. Les boissons adoucissantes conviennent, en aussi grande quantité que le comporte l'estomac. Si des nau-

sées, qui existent assez souvent au point d'empêcher les malades de boire assez pour étancher leur soif, s'opposent à l'ingestion du liquide, on aura recours à des lavements fractionnés par quarts ou par huitièmes, afin qu'ils puissent demeurer dans l'intestin. Toutefois, il est rare que la faculté d'uriner se rétablisse sous l'influence de ces moyens, dont, en général, le seul effet est de diminuer les contractions douloureuses de la vessie, et de permettre à l'urine de s'y accumuler, sans causer d'angoisses. Mais il faut surveiller l'état du viscère, et le vider aussitôt que la tumeur qu'il forme se fait sentir à l'hypogastre, et alors même que le sujet n'éprouve point le besoin d'uriner. Du reste, je ne connais aucun cas où le cathétérisme exige plus de précautions, non-seulement pour l'introduction d'une sonde de petit calibre, mais encore pour l'évacuation de l'urine. Il faut que celle-ci s'écoule avec beaucoup de lenteur, afin que la vessie ne revienne pas brusquement sur elle-même. Vers la fin, surtout, au moment où les parois de l'organe pourraient venir s'appliquer sur le bout de l'instrument, il faut retirer celui-ci avant que les dernières gouttes se soient échappées, et sa sortie n'exige pas moins de soins que son introduction. Tantôt, alors, l'émission naturelle de l'urine se rétablit assez promptement, et tous les symptômes diminuent d'une manière rapide; tantôt, au contraire, les besoins d'uriner restent fréquents, et le malade ne peut les satisfaire qu'avec effort et douleur.

Pour me résumer sur le compte des antiphlogistiques, je dirai qu'ils sont indiqués au début de la phlegmasie, et aussi longtemps qu'elle affecte un caractère plus ou moins aigu; qu'ils calment les accidents locaux, et diminuent la réaction générale dont s'accompage trop souvent cette inflammation; enfin, qu'ils disposent les parties à permettre l'application de moyens plus directement en rapport avec l'état morbide dont elles sont le siége. Mais, insister sur leur emploi, après qu'on a obtenu d'eux ces premiers résultats, c'est perdre un temps précieux, et laisser le mal faire assez de progrès pour qu'il ne puisse plus être vaincu. Ce serait d'ailleurs favoriser le passage de l'état aigu à l'état chronique.

Prodigués contre le catarrhe vésical chronique, les antiphlogistiques ne produisent presque jamais les bons effets, sur les-

quels certains praticiens se plaisent à compter. Dans une foule de cas, sans doute, il faut y recourir, mais avec modération et insistance, bien plutôt qu'avec énergie et brusquerie. Souvent aussi, ils deviennent indispensables pour combattre les exacerbations que font surgir, soit des causes accidentelles, soit les autres moyens curatifs. Ici donc, encore, il ne sont que le préliminaire, fréquemment obligé, d'une méthode plus directe de traitement.

2° *Narcotiques.* — Nous avons vu, à l'occasion de la plupart des maladies de l'appareil urinaire, combien sont grands les avantages qu'on retire des préparations opiacées, administrées par la voie de l'estomac, appliquées à l'extérieur, et surtout introduites dans le rectum. Mais ces moyens, si efficaces, si utiles, si indispensables même, en beaucoup de circonstances, ne servent, en réalité, qu'à calmer les sujets, à écarter des accidents plus ou moins graves, à préparer et à faciliter l'emploi d'autres agents plus directement appropriés à la maladie. L'important est de les placer à propos, et l'abus qu'on en ferait, outre qu'il entraînerait une irréparable perte de temps, aurait l'inconvénient de provoquer une constipation opiniâtre, d'énerver le sujet, et d'affaiblir la vessie, qui n'a déjà que trop de tendance à tomber dans l'atonie. Ces remarques s'appliquent surtout à l'opium; car la jusquiame, la ciguë, la belladone, ont moins d'action sur le réservoir de l'urine; je les ai employées fort souvent, et n'ai pas observé qu'elles produisissent d'effets bien marqués. Il en est de même du camphre, qu'on a vanté contre les phlegmasies de la vessie, à raison de la vertu qui lui est attribuée d'apaiser les douleurs du col de cet organe. Mais les effets que l'on met sur son compte tiennent, les uns à de simples coïncidences, les autres à la marche naturelle de la maladie, ou aux traitements concurremment employés.

3° *Balsamiques.* — On se rappelle la vogue immense dont jouirent pendant longtemps les remèdes dits balsamiques, décorés des noms pompeux de *baume des viscères*, d'*âme des organes génito-urinaires*, etc. Le temps a singulièrement refroidi cet enthousiasme; cependant, aujourd'hui encore, beaucoup de médecins traitent presque exclusivement le catarrhe vésical par les balsamiques à l'intérieur ou à l'extérieur. Leur pratique se fonde par-

ticulièrement sur celle de Dupuytren, qui n'était pourtant pas exclusif à cet égard; car, tout en avançant que la térébenthine diminue presque toujours les mucosités, il convenait qu'elle ne procure pas constamment la guérison complète du catarrhe. C'était principalement sous forme de pilules que ce praticien célèbre administrait la térébenthine de Venise, quoiqu'il employât aussi d'autres préparations, dans des cas spéciaux. Je donnerai ici, à propos des résultats qu'il obtint, l'extrait de quelques faits publiés par un de ses élèves les plus distingués, M. Avisard.

Un homme de trente ans, sec, maigre et bien portant, éprouva, sans y faire beaucoup d'attention, dans les articulations de l'épaule, du coude et de la hanche gauche, des douleurs qui, au bout d'un an, disparurent, ou plutôt changèrent de place, car elles se portèrent à l'abdomen, accompagnées alors de douleurs brûlantes dans l'urèthre, surtout au gland, avec urine blanche et filante. Cet homme entra, six mois après, à l'Hôtel-Dieu : douleurs profondes à la région de la vessie, besoins sans cesse renaissants d'uriner, sensation d'ardeur durant le passage de l'urine. L'interruption fréquente du jet, et quelques rétentions, firent craindre l'existence d'une pierre, que la sonde ne reconnut point. Comme les caractères de l'urine annonçaient un catarrhe, on prescrivit des bains et des boissons nitrées. Quatre jours après, on administra 4 grammes de térébenthine en pilules. Au bout de huit jours, on vit diminuer la quantité des dépôts de l'urine; mais les douleurs de la vessie, et surtout celles de l'urèthre, avaient augmenté; l'hypogastre était douloureux et tendu, la peau chaude. On suspendit la térébenthine; les bains diminuèrent les douleurs, mais les dépôts de l'urine s'accrurent. On revint à l'usage de la résine; trois jours après, envies fréquentes d'uriner, possibilité de les satisfaire, gonflement et endolorissement des hypochondres, inappétence, éructations continuelles. Un vomissement de matières visqueuses et limpides soulage le malade, qui rend beaucoup d'urine chargée d'un dépôt très abondant. L'usage de la térébenthine est repris. Le sujet la supporte mieux d'abord; mais de nouveaux accidents, semblables aux premiers, obligent encore de la suspendre. On y revint, après qu'ils furent calmés, et cette fois, les douleurs de la vessie diminuèrent. Pendant quinze jours que le malade resta encore à l'hôpital, on remarqua

que l'urine demeurait claire tant que le ciel était serein et l'atmosphère sèche, mais qu'elle se troublait et prenait un aspect légèrement purulent dans les circonstances inverses ; alors aussi on voyait reparaître les douleurs de la vessie et de l'urèthre, ce qui n'empêcha pas de renvoyer le malade comme guéri.

Un autre homme, de cinquante-six ans, après avoir passé une nuit sur le pavé, éprouva des douleurs vives du côté de la vessie, et tous les symptômes du catarrhe. Il lui semblait que des *gouttes de feu* traversaient son urèthre. L'urine était sanguinolente, et la constipation habituelle. Les bains et quelques adoucissants, procurèrent du calme et du sommeil. Le huitième jour, on donna 4 grammes de térébenthine : urines limpides, ayant l'odeur de la violette; accroissement des douleurs, et des besoins d'uriner. Onze jours après, 12 grammes de térébenthine, qui sont suivis d'un dépôt de l'urine, alternant avec les variations atmosphériques. Plus tard, encore, 15 grammes de résine; douleurs insupportables, envies d'uriner et érections presque continuelles, émission très douloureuse de quelques gouttes d'urine sanguinolente, frissons, soif vive, fièvre intense, sueurs abondantes. Lorsque ces accidents se calment, l'urine contient beaucoup de dépôt. Deux fois encore, on revient à la térébenthine; la première fois, urine limpide, mais avec un dépôt purulent, et douleurs toujours très vives; la seconde fois, urine limpide, sans dépôt, mais les douleurs n'ont pas cessé.

Un troisième malade, âgé de vingt ans, bien constitué, et qui avait habité un lieu humide, éprouva, aux lombes et à l'hypogastre, des douleurs qui firent croire à l'existence d'une pierre; mais il ne se décida qu'au bout de trois ans à se faire sonder. Au lieu d'un calcul, Dupuytren trouva un catarrhe purulent. On eut recours aux pilules de térébenthine et à l'eau de goudron pour boisson, en portant progressivement la dose de la résine jusqu'à 40 grammes. Les variations qu'éprouvèrent les symptômes furent moins prononcées que dans les deux cas précédents. On remarqua surtout une sensation d'ardeur à l'œsophage et à l'estomac, avec développement de gaz, ballonnement du ventre et coliques vives. Au bout de sept mois, le malade sortit de l'hôpital, conservant des envies fréquentes d'uriner.

Un jeune homme de dix-huit ans était atteint d'un catarrhe

vésical, qui fut attribué à ce qu'étant ivre, il s'était injecté de l'eau dans la vessie, au moyen d'une seringue. On le mit à l'usage de la térébenthine. Le quatrième jour, l'urine ne contenait plus de dépôt; mais, le septième jour, ce dépôt était plus abondant que jamais : il y eut de grandes variations les jours suivants. Au trente-sixième jour, on donne 12 grammes de résine; le lendemain, le malade vomit ses aliments; il a plusieurs selles abondantes; douleurs abdominales vives, soif, fréquence du pouls; ces accidents diminuent sous l'influence des émissions sanguines; améliorations du côté de la vessie, l'urine s'éclaircit, et le malade quitte l'hôpital, après y être resté un mois et demi.

Un autre jeune homme, de dix-neuf ans, souffrait de la vessie depuis trois années. On le mit à l'usage de la térébenthine et de l'infusion de bourgeons de sapin. Il n'y eut pas d'effet immédiat. Un mois plus tard, la térébenthine fut portée à la dose de 12 grammes; le dépôt diminua, mais l'urine conservait toujours des flocons bleuâtres. La résine causait également de l'ardeur et de la tension à l'épigastre, avec éructations. Au bout d'un mois encore, on accroit de 8 grammes la dose de térébenthine, sans que la guérison fasse aucun progrès : les dépôts de l'urine varient beaucoup. On augmente la quantité de la résine, et on couvre le corps de flanelle. Enfin, le malade sort sans être guéri. La dose la plus forte qu'il prit, celle de 40 grammes, lui causa des ardeurs à l'estomac, un météorisme général du ventre, et des éructations abondantes.

Un cultivateur, âgé de soixante-trois ans, fortement constitué et chargé d'embonpoint, éprouva un rhume de poitrine, qui disparut tout à coup et fut remplacé par un catarrhe vésical. La térébenthine n'apaisa pas les douleurs, mais les dépôts de l'urine diminuèrent. Il n'y eut point de désordres du côté de l'estomac. Finalement, le malade quitta l'hôpital, éprouvant des douleurs moins vives, mais conservant un dépôt muqueux dans l'urine.

Ces exemples me suffisent. Dans aucun cas il n'a rien été fait pour déterminer l'espèce de catarrhe qu'il s'agissait de traiter. Ce qui frappe le plus, c'est que Dupuytren administrait la térébenthine d'une manière empirique, sans tenir suffisamment compte de l'état des organes, et seulement après s'être assuré que les accidents ne dépendaient pas de la présence d'un corps

étranger. Et cette marche, qu'il suivait de 1816 à 1826, il y demeura fidèle, comme le prouve une observation imprimée dans la *Lancette française* de 1830.

Chez plusieurs des malades soumis, par lui, à l'usage de la térebenthine, il n'y avait pas de lésion organique apparente du côté de l'appareil urinaire, le catarrhe vésical semblait tenir à un refroidissement ou à la répercussion, soit d'une autre affection catarrhale, soit d'une maladie goutteuse ou rhumatismale. Chez d'autres il y avait évidemment lésion de l'urèthre, ou atonie de la vessie. Cependant la résine fut partout administrée suivant le même mode, tantôt seule, et tantôt associée à l'eau de goudron. Aussi les résultats furent-ils loin d'être toujours satisfaisants. Dans la majorité des cas, il a fallu suspendre, même à plusieurs reprises, l'usage du remède, parce qu'il déterminait une exaspération de la phlegmasie locale et une perturbation générale. Plus d'une fois, de chronique qu'elle était, l'inflammation de la vessie tendit à devenir aiguë. En un mot, somme totale, la térébenthine semble avoir été plutôt nuisible qu'utile. Si quelquefois l'urine s'éclaircit après la prise des premières doses, il ne faut pas perdre de vue que, dans beaucoup de cas, les dépôts muqueux de ce liquide diminuent, et même disparaissent sous l'influence de l'exaltation de l'irritabilité de l'organe. Nous avons vu le même effet avoir lieu par suite d'une secousse générale plus ou moins forte, ou du développement d'une maladie inflammatoire dans une autre région du corps. Cependant il y eut des malades chez lesquels la reproduction répétée de la stimulation finit par diminuer ou guérir l'affection catarrhale. Tous d'ailleurs avaient subi un changement total dans leur régime et leur genre de vie.

Le problème, en ce qui concerne la térébenthine, n'est donc point aussi simple qu'on semble le croire. Non-seulement cette substance n'a pas toujours réussi, mais, quand elle a eu du succès, rien ne prouve qu'on n'aurait pu l'obtenir par d'autres moyens, ni qu'il n'ait été dû à l'ensemble des conditions nouvelles au milieu desquelles les malades ont été placés. Enfin, on a enregistré de simples améliorations comme des guérisons complètes, et tout porte à croire que le catarrhe a dû se reproduire dans un laps de temps plus ou moins long, puisque la cause sub-

sistait encore, et qu'on ne s'était pas même occupé de la rechercher. Or, je crois avoir prouvé, de manière à convaincre les plus incrédules, que le catarrhe vésical est généralement la conséquence d'une lésion organique de l'urèthre, de la prostate, de la vessie ou des reins. D'après cela, comment espérer qu'une même méthode de traitement puisse lui être applicable dans tous les cas?

Je ne rejette pas plus les balsamiques que tous les autres moyens, quels qu'ils soient, du traitement du catarrhe vésical. Ce que je blâme, c'est l'abus qu'on en a fait, qu'on en fait encore, et l'empirisme aveugle avec lequel on les administre. Lorsque le catarrhe ne dépend que d'une surexcitation du col vésical, et qu'il se lie à une constipation habituelle, la térébenthine peut être utile, et la révulsion qu'elle opère sur le canal intestinal suffit quelquefois pour faire cesser, au moins temporairement, l'affection dont le réservoir de l'urine est atteint. Elle peut également agir favorablement, dans d'autres cas, en modifiant le caractère de la phlegmasie, en la faisant passer du degré chronique à un état plus ou moins aigu, passage qui est quelquefois avantageux, ici comme dans tant d'autres inflammations. Enfin, il peut être bon d'y recourir vers la fin du traitement, lorsqu'on a écarté les causes de la maladie et agi directement sur les parties affectées, de manière à modifier leur mode de vitalité. Mais, en général, les injections d'eau froide dans la vessie, les lavements et les légers purgatifs méritent la préférence. Avec leurs secours, on guérit plus vite, plus sûrement, et d'une manière plus durable; on ne court pas le risque, avec eux, comme avec la térébenthine, de provoquer des éructations, des nausées, des vomissements, des coliques, des diarrhées, sans parler de la répugnance qu'ont la plupart des malades à prendre les résines, dont on est obligé de masquer le goût et l'odeur par des préparations et des combinaisons qui en atténuent souvent les effets. Ces réflexions s'appliquent surtout au baume de copahu, dont on fait un grand usage, depuis quelques années, contre les maladies des voies urinaires, sans qu'il soit possible d'expliquer ce nouvel engouement, puisqu'il est d'expérience qu'on a rarement à se louer du résultat. Si parfois il produit une diminution momentanée du dépôt muqueux, les accidents ne tardent pas à reparaître

aussi énergiques qu'auparavant, et souvent accompagnés d'un délabrement considérable de la santé. Enfin, une dernière considération, qui me paraît la plus grave de toutes, c'est que les diverses substances résineuses sont aptes à faire naître des symptômes d'inflammation du côté de la vessie. M. Coulson assure avoir vu des catarrrhes vésicaux déterminés par leur emploi inconsidéré.

4° *Révulsifs.* — Il en est du catarrhe vésical comme de beaucoup d'autres maladies graves, longues, opiniâtres, contre lesquelles on se trouve naturellement conduit, par leur opiniâtreté même, à essayer tour à tour divers ordres de moyens. Ici, les révulsifs, même les plus énergiques, ont été employés par un grand nombre de praticiens, mais avec des préférences particulières, qui sont loin d'être justifiées.

Les principaux moyens mis en usage pour déplacer l'irritation de la vessie, sont les vésicatoires, les frictions irritantes, les cautères, les sétons. A leur égard, il est un point sur lequel on ne s'est pas entendu, c'est de déterminer l'endroit où il convient d'appliquer ces divers révulsifs.

Desault, Chopart, Boyer, etc , établissaient les vésicatoires à la partie interne des cuisses, surtout lorsqu'ils pouvaient supposer une influence rhumatismale. D'autres voulaient qu'on les posât au-dessus du pubis ou au sacrum. J'ai vu appliquer des vésicatoires sur toutes ces régions, et je n'ai pas remarqué de différence dans les effets produits. J'ajouterai même que les faits de ma pratique ne parlent point en faveur de ce mode de traitement Rarement, l'amélioration a été sensible ; quelquefois même, malgré la précaution prise de saupoudrer l'emplâtre avec du camphre ou un mélange de camphre et d'opium, le col vésical s'est ressenti de l'action des cantharides, et les difficultés d'uriner ont augmenté, du moins pendant quelque temps.

J'ai eu beaucoup plus à me louer de la pommade stibiée, employée, soit en frictions sur l'hypogastre, soit en applications sur le sacrum. L'action de ce moyen énergique m'a paru aussi utile dans certains cas de catarrhe vésical que dans les névralgies et autres irritations chroniques, ayant leur siége au col de la vessie. Je dois noter qu'il détermine quelquefois des vomissements ou la diarrhée. Chez plusieurs de mes malades, les frictions ont

sionné une éruption presque générale, mais surtout pronon-
ıux lombes et à l'hypogastre. Ces phénomènes, de la possi-
ɛ desquels on doit prévenir les sujets, afin qu'ils n'en soient
effrayés, indiquent une révulsion puissante et font par cela
ne espérer qu'elle sera salutaire.

n a eu fréquemment recours au séton établi, soit au périnée,
à l'hypogastre. Roux, surtout, insiste sur les avantages de
ıoyen. Je vais rapporter le sommaire de deux observations
ın de ses élèves a publiées.

n homme de trente-cinq ans, bien constitué, souffrait de la
ie depuis dix-huit mois. On diagnostiqua un catarrhe chro-
ıe, dont il fut impossible de reconnaître la cause, et qu'on
: seulement lié à une suppression de la transpiration. Les
ucissants, employés pendant dix jours, n'ayant produit aucun
, on établit à l'hypogastre un séton, qui resta deux mois et
ıi en suppuration. Pendant tout ce temps, il y eut de grandes
ations dans la marche du catarrhe, qui finit cependant par
inuer à tel point que l'état du sujet était satisfaisant lorsqu'il
it de l'hôpital. Je ferai remarquer qu'il s'agissait là d'un cas
simple, qu'on avait trop peu insisté sur les antiphlogistiques
r être fondé à les dire impuissants, et que, durant tout son
ır à l'hôpital, le malade ayant été, d'une part, soustrait aux
mpéries de l'atmosphère, et de l'autre, soumis sans disconti-
r à un régime doux et régulier, ce serait se montrer bien fa-
, en fait de preuves, que d'attribuer la guérison au seul
on.

Jn homme de quarante-huit ans fut atteint d'un catarrhe vé-
ıl, dont les variations de la température semblaient avoir été
cause occasionnelle. Les adoucissants ne lui ayant procuré
un soulagement, ce malade prit le parti d'entrer à l'hôpital.
séton fut établi à l'hypogastre, après qu'on eut reconnu que
essie ne contenait pas de pierre. Au bout de deux mois, le
lade était guéri. A la vérité, on ne lui avait épargné ni les cal-
nts ni les lavements. Ce fait ne prouve pas plus que le précé-
ıt en faveur du séton. Dans un cas comme dans l'autre, on a
rté les causes probables de la maladie; on a calmé les dou-
rs, on a entretenu l'urine abondante, on a régularisé toutes
fonctions; certes ce sont là des influences puissantes, qui mé-

ritent d'être prises en considération; peut être eussent-elles seules amené la guérison ; il suffit qu'on soit autorisé à le conjecturer, pour qu'en bonne logique, on ne doive pas mettre le résultat sur le compte exclusif du séton.

J'en pourrais dire autant des cautères. Dans un cas, par exemple, Dupuytren fit appliquer deux cautères à la région des lombes, et parce que le sujet fut soulagé, quelque temps après, on attribua ce bienfait à l'exutoire Mais le malade consommait chaque jour 2 grammes de térébenthine, avec 1 décigramme d'extrait d'opium ; tous les jours aussi, on lui administrait des bains tièdes, et on lui faisait des injections dans la vessie : il prenait d'abondantes boissons ; en un mot, il était soumis simultanément à plusieurs influences, à une seule desquelles pourtant, la moins énergique peut-être, ou attribue le résultat, sans que le lecteur puisse voir là autre chose qu'un acte très complexe, arbitrairement interprété.

5° *Injections vésicales.* — Dans mes publications antérieures, et depuis 1823 (1) et dans divers chapitres de cet ouvrage, consacrés aux cellules, à l'inertie de la vessie, à l'hématurie, à l'incontinence d'urine, je me suis occupé des injections qu'il est utile de porter dans le réservoir de l'urine. J'ai fait connaître les résultats qu'on en obtient, les accidents auxquels elles exposent, et les précautions qu'il faut prendre pour leur emploi. L'importance de cet agent thérapeutique, dans le catarrhe vésical, n'est pas assez généralement sentie, et me semble nécessiter quelques nouveaux développements (2).

Le but spécial des injections, dans le traitement du catarrhe, est 1° d'enlever les dépôts que l'urine laisse dans la vessie; 2° de modifier la sensibilité de la face interne de cet organe, pervertie par l'état phlegmasique, et 3° de ranimer sa contractilité, devenue insuffisante. Il importe d'autant plus de rappeler ces

(1) *Considérations sur la rétention d'urine*, p. 74.

(2) D'après quelques publications récentes, la méthode des injections vésicales n'aurait été régularisée que dans ces dernières années. Cette méthode, journellement appliquée depuis trente-cinq ans, a été appréciée comme elle devait l'être. On peut voir à ce sujet mon *Traité de la lithotritie*, imprimé en 1826, et un mémoire sur le catarrhe vésical, chez les vieillards, que j'ai présenté à l'Académie des sciences en 1828.

indications que, pour les avoir méconnues, on a demandé aux injections plus qu'elles ne peuvent produire.

Au début, l'eau pure mérite la préférence. On la fait tiédir lorsque la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, et qu'il s'agit seulement d'entraîner des dépôts muqueux ou puriformes. Ces cas sont les plus rares, et ceux dans lesquels l'utilité des injections est la moins évidente. On emploie de l'eau à une température plus ou moins basse, lorsqu'il y a en même temps atonie et catarrhe. Toutefois, il est plus prudent de commencer avec l'eau tiède, et de descendre graduellement jusqu'à la température voisine de la glace, en se réglant d'après les effets qu'on obtient, comme je l'ai dit en traitant de l'atonie vésicale.

Une condition essentielle pour que les injections produisent tout le bien qu'on doit en espérer, c'est que le passage de la sonde destinée à les faire, ne cause que peu ou point de douleur. Deux moyens se présentent pour obtenir ce résultat. Ils consistent, le premier, à diminuer d'abord la sensibilité de l'urèthre par l'emploi préalable des bougies molles; l'autre, à introduire la sonde avec beaucoup de lenteur, sans secousses, sans brusquerie, sans violence. Alors l'injection produit dans la vessie l'effet sur lequel on comptait, sans qu'il y ait de réaction à craindre; tandis que, si l'on néglige ces précautions, la douleur déterminée par le passage de la sonde, fait plus de mal que l'injection ne produit de bien, outre qu'elle suffit pour détourner le malade d'un moyen précieux, que rien ne peut remplacer.

Le procédé à suivre étant bien déterminé, il faut continuer les injections aussi longtemps que l'urine contient des dépôts, et surtout que la vessie reste paresseuse. Voici la marche que j'ai adoptée, et dont une longue expérience m'a démontré les avantages.

On introduit une sonde immédiatement après que le malade a uriné. Par là, on reconnaît si l'évacuation de l'urine a été complète ou non, et, dans le cas où elle ne l'aurait pas été, si la portion restante du liquide, que la sonde évacue, contient plus de dépôt qu'il n'y en avait dans celle dont la nature seule a déterminé l'émission. Or, il faut continuer l'usage de la sonde, aussi longtemps que la vessie ne se vide pas entièrement. Il faut insister sur les injections répétées au besoin plusieurs fois par jour,

jusqu'à ce que l'urine qui reste dans le viscère, après que le malade a uriné spontanément, cesse de contenir un dépôt muqueux ou purulent. Ce sont là les deux indications principales, toujours faciles à saisir, et que le praticien ne doit jamais perdre de vue.

Quant à la manière de procéder, et aux modifications que chaque cas réclame, il n'y a pas davantage de difficultés. Toutefois, j'entrerai dans quelques détails à ce sujet.

On commence par introduire dans la vessie une sonde, soit flexible, soit métallique; la première mérite la préférence. Les sondes à courbure fixe sont introduites sans mandrin, en suivant le procédé que j'ai déjà fait connaître. Si des difficultés se présentaient, on aurait recours aux sondes à mandrin. On a préalablement rempli d'eau tiède une seringue à tige graduée, et de la contenance d'environ 300 grammes. Aussitôt que l'urine cesse de couler par la sonde, on adapte à celle-ci l'extrémité de la seringue, et l'on pousse l'injection avec lenteur, sans secousses, en ayant soin de s'arrêter aussitôt que le malade accuse le besoin d'uriner; cette précaution est d'autant plus nécessaire, au début surtout, que l'on ne connaît point encore la capacité de la vessie, et que, si elle était racornie, ratatinée, on pourrait, en poussant l'eau avec force, déterminer une vive douleur, suivie de réaction. Mais, en général, cet état de racornissement n'existe point; il y a, au contraire, augmentation de la capacité du viscère, et l'on peut pousser l'injection entière, sans que le malade manifeste la moindre sensation pénible. Cela fait, on retire la seringue, on laisse écouler le liquide par la sonde, et l'on enlève celle-ci, toujours avec lenteur.

Dans le plus grand nombre des cas, l'effet de la première injection sur la vessie n'est point appréciable; seulement, les émissions de l'urine qui lui succèdent immédiatement, par le fait du passage de la sonde dans l'urèthre sont accompagnées d'un peu de cuisson. Si ces douleurs étaient vives, avec difficulté d'uriner, il pourrait devenir nécessaire de recourir à un bain de siége, et surtout à un demi-lavement émollient. Très rarement on est obligé d'employer la sonde pour faciliter l'émission de l'urine; ce cas n'a lieu que lorsque la vessie se trouve dans un état voisin de la paralysie, ou que l'introduction de la sonde a déterminé une

forte irritation de l'urèthre et du col vésical, accident que les précautions indiquées suffisent à prévenir.

On recommence le lendemain et les jours suivants : on continue une fois par jour, sans s'écarter des mêmes règles, qui pourront sembler puériles à des théoriciens, mais dont le praticien ne tarde pas à apprécier l'utilité. Si le malade se sent fatigué, si l'urèthre est très agacé, si le passage de l'urine et de la sonde est pénible, il faut laisser un et même deux jours d'intervalle entre les injections, et employer en même temps les moyens propres à calmer l'irritation, tels que les bains, le repos, les boissons abondantes, et surtout les lavements calmants. Je me borne à noter ces cas, qui sont exceptionnels; car, d'ordinaire, le malade ne ressent aucune fatigue des injections, et du troisième au huitième jour, il urine avec plus de facilité, le dépôt du liquide est moins abondant.

Une fois ce résultat obtenu, on commence à faire deux injections coup sur coup. Pendant que l'eau de la première s'écoule par la sonde, on recharge la seringue, et l'on injecte de nouveau. Lorsqu'on ne fait qu'une seule injection, le liquide rendu est quelquefois laiteux ou chargé de mucosités; mais si l'on fait plusieurs injections de suite, celui de la seconde, et surtout celui de la troisième, sort limpide. Il est bon de laisser alors dans la vessie le tiers ou le quart de l'eau qu'on a introduite en dernier lieu. Si l'on craint de se tromper à cet égard, par manque d'habitude, il y a un moyen fort simple d'agir avec précision : en faisant la dernière injection, on ne pousse d'abord le piston que jusqu'aux deux tiers ou aux trois quarts, on laisse couler le liquide, et l'on introduit ensuite, en une seconde fois, ce qui reste dans la seringue.

Si la vessie est frappée d'une atonie profonde, on peut faire de la sorte de trois à cinq injections coup sur coup. C'est dans ce cas aussi qu'il convient d'employer de l'eau à une basse température : on commence avec de l'eau tiède, bientôt on se sert d'eau à la température de l'appartement, et plus tard on fait refroidir cette eau. Mais il faut passer graduellement d'une température à une autre, car bien qu'une réaction soit peu à craindre, elle pourrait cependant avoir lieu.

La manière dont sort le liquide injecté sert de guide, tant pour le nombre des injections à faire successivement que pour le de-

gré de réfrigération auquel l'eau doit être portée. A la première ou aux premières injections, le liquide tombe; il n'est projeté, comme je l'ai dit dans un autre chapitre, que lorsqu'on appuie la main sur l'hypogastre ou que le malade exécute des efforts d'expulsion. Il faut s'arrêter, et sous le point de vue du nombre des injections, et sous celui de l'abaissement de la température du liquide, aussitôt que celui-ci est projeté par les seules contractions vésicales, c'est-à-dire sans qu'on presse sur le bas-ventre, ou sans que le sujet pousse. De plus, on doit bien étudier et suivre attentivement les progrès de cette contractilité vésicale, provoquée par les injections. Si son développement est prompt et rapide, si ses effets persistent, il convient de diminuer les injections, de les suspendre même, d'y employer de l'eau moins froide; si, au contraire, les contractions sont tardives et lentes, si elles ne durent pas, il y a nécessité d'agir avec une énergie graduellement croissante.

A cet égard, il se présente une infinité de nuances, que le praticien attentif doit s'appliquer à saisir, parce qu'elles suggèrent dans le traitement des modifications indispensables pour en assurer le succès, tandis que leur négligence expose à des mécomptes, et même à une foule d'accidents, qui ne manquent pas ensuite d'être mis sur le compte de la méthode curative, bien qu'elle en soit fort innocente. J'ai vu beaucoup de cas dans lesquels les injections prescrites par moi n'ont pas produit l'effet que j'en devais attendre, par la seule raison qu'on n'avait point agi convenablement, soit qu'on eût procédé d'une manière trop brusque à l'introduction de la sonde, soit qu'on eût poussé l'eau avec trop de violence, soit qu'on eût fait trop d'injections coup sur coup, soit enfin qu'on les eût répétées un trop grand nombre de fois par jour. C'est dans cette faute surtout que tombent les malades que l'introduction de la sonde n'impressionne pas d'une manière douloureuse, et qui, se trouvant bien des premières injections, croient, en les multipliant, arriver plus vite au but. C'est aussi par une manière irrégulière de procéder qu'on voit survenir, particulièrement après les premières injections, de l'agacement, du malaise, des accès de fièvre et même des retentions d'urine. Rien de semblable ne se produit lorsqu'on agit avec les précautions que j'ai indiquées.

Voilà pour les injections simples. Faites comme je viens de le dire, elles causent très peu de douleurs, et bientôt même le malade s'y accoutume au point de n'en pas souffrir du tout. La sensation du froid dans la vessie n'a rien de pénible, elle est même agréable dans certains cas; mais la plupart des malades ne l'éprouvent qu'à peine. Quant aux résultats, je ne saurais trop le répéter, ils sont généralement satisfaisants. J'ai guéri de cette manière plusieurs centaines de catarrhes vésicaux; ceux qui étaient simples et récents ont disparu en quelques jours. Parmi beaucoup d'autres, anciens, compliqués, dénaturés par des traitements empiriques antérieurs, et de la guérison desquels on désespérait, les uns ont guéri et la plupart ont été améliorés. A la vérité, dans ces derniers cas, le traitement a été plus long; il a fallu multiplier les injections, et les rendre plus actives, en abaissant la température du liquide. Jamais je n'ai observé à un degré alarmant, ni réaction, ni fièvre, ni inflammation; en un mot, aucun trouble général quelconque ne s'est manifesté. Bien entendu, néanmoins, que ceci s'applique uniquement aux malades chez lesquels ont été prises toutes les précautions dont je viens de dérouler le long tableau; car je n'ai été conduit à les recommander et à les suivre, que par suite de certains accidents dont je fus témoin au début de ma pratique, et qui se reproduisent encore toutes les fois que l'on croit pouvoir se dispenser des ménagements et de la circonspection indiqués. Ces accidents consistent en des irritations vives de l'urèthre et du col vésical, qui rendent la présence de la sonde insupportable; en des difficultés d'uriner, des rétentions d'urine, des cystites aiguës, des mouvements fébriles, etc. En se conduisant comme je le fais aujourd'hui, on évite tous ces fâcheux effets, qui compliquent et prolongent les traitements, en compromettent le succès, et suffisent dans beaucoup de cas pour décourager les malades.

Toutefois, il faut se défendre du double écueil qui consiste à demander aux injections simples plus qu'elles ne peuvent produire, ou à leur attribuer des effets qui ne sauraient dépendre d'elles. On lit dans un journal anglais qu'un praticien les employa avec succès dans un cas où il y avait, suivant lui, ulcération de la vessie. L'urine du malade déposait une matière purulente

et fétide, dans laquelle on remarquait des cristaux que l'eau tiède dissolvait. Ce fut cette dernière circonstance qui détermina le médecin à recourir aux injections. La maladie avait résisté aux laxatifs, aux fondants, aux anodins. Un litre d'eau tiède, introduite deux fois par jour, produisit un prompt soulagement, et la douleur cessa; le dépôt diminua progressivement, et au bout de trois semaines il avait disparu. D'abord, l'existence d'un ulcère à la vessie est au moins contestable en ce cas. Quant à celle de cristaux dans les dépôts de l'urine, ce n'est point une chose rare: j'en ai cité quelques exemples dans mon *Traité de l'affection calculeuse*. D'autres ont été mentionnés dans cet ouvrage, et nous en connaîtrions certainement un bien plus grand nombre, si l'on ne s'était pas uniquement attaché aux cas où les cristaux sont assez volumineux pour frapper la vue simple; car, à l'aide de verres grossissants, on en découvre dans beaucoup de dépôts d'urine catarrhale. Il en est de ces cristaux comme des dépôts terreux amorphes, dont je me suis longuement occupé, et qui constituent une complication très fâcheuse du catarrhe vésical. Les injections tièdes, et même chaudes, sont particulièrement indiquées alors, aussi bien que les irrigations, afin d'accélérer la dissolution, ou la sortie de ces matières étrangères, qui se forment et grossissent quelquefois avec autant d'abondance que de rapidité.

Les injections chaudes ont été proposées aussi dans un autre but. Plusieurs praticiens anglais, Guthrie entre autres, les emploient aussi chaudes que les malades peuvent les supporter, et en augmentent la température à mesure que la sensibilité de la vessie s'émousse.

Assurément, la chaleur peut être un stimulant fort utile, dans quelques cas d'inertie de la vessie; mais, en général, l'excitation qu'elle produit ne se soutient pas, et pour obtenir une réaction durable, il faudrait recourir à une température que la prudence ne permet pas d'employer. C'est pour cette raison que j'ai donné la préférence aux injections froides, ou aux liquides chargés de principes stimulants, qui provoquent la réaction désirable, sans faire courir les mêmes chances au malade et sans déterminer les douleurs que manquent rarement de causer les injections assez chaudes pour devenir curatives.

L'utilité des injections composées a été constatée par plusieurs praticiens; mais, à leur égard, les indications n'ont point été précisées avec assez de soin, et c'est principalement le défaut de détermination exacte des cas où elles peuvent convenir, qu'il faut accuser de ce que le résultat des essais dont elles ont été l'objet, n'a pas toujours répondu à l'attente des praticiens. D'un autre côté, on n'a pas distingué dans les effets produits ce qui appartient à l'injection simple, et ce qui doit être attribué à l'action médicamenteuse du liquide injecté. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, après avoir trouvé ce qui est bien, on a voulu découvrir ce qui pourrait être mieux. D'ailleurs, pour beaucoup de personnes, faire autrement, c'est faire mieux que d'autres. Il est résulté de là qu'après avoir repoussé les injections, sous prétexte que la vessie ne pouvait les supporter, on a fini par vouloir guérir tous les catarrhes avec leur secours, et qu'à cet effet, on les a rendues, les unes sédatives, les autres irritantes, corrosives même. On a proposé successivement l'eau végéto-minérale, les solutions de sulfate de fer ou de zinc, un mélange d'eau et de vinaigre, etc. Les injections alcalines ont été employées dans le but spécial de diminuer l'acidité de l'urine.

Lisfranc, M. Toulmouche et Werlhoff ont vanté les injections avec la teinture de cantharides.

M. Bretonneau dit avoir injecté avec succès 2 grammes et plus de mercure doux, en suspension dans de l'eau gommée, et ailleurs 5 centigrammes de nitrate d'argent ou de sublimé corrosif, dissous dans 125 grammes d'eau distillée.

Lallemand a eu recours aussi à la solution de nitrate d'argent en injection. Serre (de Montpellier), et plusieurs autres praticiens nationaux, et étrangers, ont également adopté ce moyen, au sujet duquel je me bornerai à présenter quelques remarques, m'en étant occupé longuement dans les chapitres précédents.. Le fait suivant doit trouver place ici.

Un homme de trente ans, à la suite de plusieurs blennorrhagies qui déterminèrent des rétrécissements, éprouva des difficultés d'uriner, et même des rétentions d'urine. Il fut soumis à l'usage prolongé des sondes, remplacées à mesure de leur détérioration Pendant ce traitement, que le malade suivit dans un hôpital de

la Corse, il eut constamment la fièvre. Dix-huit mois après, il vint en France, et entra à l'hôpital de Narbonne, où l'on employa encore des sondes, et où l'on fit aussi deux cautérisations par la méthode de Hunter. Plus tard il fut admis à l'hôpital de Montpellier. Lallemand lui fit prendre quarante-huit bains, introduisit plusieurs sondes dans l'urèthre et pratiqua des cautérisations, trois sur les rétrécissements, deux sur toute l'étendue du canal. Le malade quitta l'établissement, conservant une blennorrhée et rendant, douze à quinze fois par heure, des urines épaisses et fortement glaireuses. Il prit alors trois cents pilules balsamiques, sans être soulagé, et finit par rentrer à l'hôpital. Cette fois, Lallemand cautérisa la vessie et la prostate à deux reprises : douleurs vives en urinant, urine sanguinolente, fièvre, nulle amélioration. M. Serre, qui reprit le service, prescrivit l'eau de goudron, les pilules de térébenthine, les frictions avec des préparations de quinquina et de belladone; il cautérisa de nouveau l'urèthre et le col de la vessie, et appliqua un vésicatoire au périnée : tout fut inutile. Enfin il se décida à injecter 5 centigrammes de nitrate d'argent dissous dans 125 grammes d'eau distillée. A cet effet, il évacua l'urine, poussa l'injection, et la laissa en place cinq minutes; le malade la rendit sans douleurs. Les quatre jours suivants, on renouvela l'injection sans accidents, sans nulle incommodité; au contraire, il s'ensuivit une amélioration progressive, et finalement la guérison.

Ce fait est incomplet. L'état de la vessie n'a point été constaté avec assez de précision; il n'est rien dit de la contractilité du viscère. Bien que les rétrécissements et les blennorrhagies soient indiqués comme causes, on traite le catarrhe comme une affection essentielle; on ne formule pas nettement les indications, on passe d'une méthode à une autre, comme si l'on ne savait pas au juste ce que l'on veut faire, et pourtant on attribue en toute confiance la guérison à un moyen dont les effets indiqués contrastent avec ceux qu'il a produits dans beaucoup d'autres cas.

Quoi qu'il en soit, le nitrate d'argent passe, comme chacun le sait, pour un des plus puissants modificateurs de la sensibilité pervertie, et n'entraîne pas, alors même qu'on l'applique à des surfaces très délicates, les accidents redoutables qu'on serait porté à craindre de son emploi. Dans le catarrhe vésical, il faut l'administrer

avec de grandes précautions, et n'y avoir recours que lorsque déjà les injections d'eau froide, pure ou rendue légèrement tonique, ont été infructueuses, quoique pratiquées pendant longtemps. J'ai toujours commencé à l'employer par 2 centigrammes et demi seulement, dans 125 grammes d'eau distillée; et, avant d'introduire la dissolution, j'ai constamment eu soin de faire une ou deux injections d'eau pure, afin d'entraîner les mucosités que la vessie pouvait contenir. Je laisse la liqueur dans la vessie jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin de la rendre, ce qui n'a lieu parfois qu'au bout d'une heure ou deux; puis 'augmente progressivement la dose du sel; par fractions de 2 centigrammes et demi, de deux en deux jours, jusqu'à ce que le malade ressente des cuissons et que la contractilité de la vessie se ranime. J'ai observé que, sous son influence, la quantité du dépôt augmente d'abord, et que l'urine rendue plusieurs heures après l'injection, est plus épaisse, plus blanche, plus laiteuse; mais ensuite elle s'éclaircit. Ce sont surtout les premières injections qui donnent ce résultat, bien qu'on l'observe également lorsqu'on augmente la force du liquide. Dans certains cas, l'urine se maintient limpide pendant plusieurs jours; mais les dépôts reparaissent plus tard, lors même qu'on continue les injections. Du reste, je n'ai jamais vu celles-ci déterminer d'accidents durables, bien qu'elles continssent chacune 15 à 20 centigrammes de nitrate d'argent sur 125 grammes de liquide. A la vérité, je n'ai eu recours à cette médication que dans des cas choisis, bien déterminés, après m'être assuré que l'atonie, avec relâchement de la muqueuse vésicale, était la cause de la persistance du catarrhe, et après avoir placé le malade dans les conditions les plus favorables.

Rappelons un fait important, que j'ai signalé ailleurs, et qu'on oublie trop souvent : chez certains sujets, la sensibilité de la vessie est si vive, qu'il serait imprudent d'y injecter une solution, même légère, de nitrate d'argent ou de sublimé corrosif. Mais cet état, qui a suggéré l'idée de recourir aux injections opiacées, est presque toujours temporaire, à moins qu'il ne soit entretenu par une lésion organique grave. Hormis ces cas, la sensibilité de la vessie, comme celle de l'urèthre, s'émousse par le contact répété des corps qu'on y introduit, et il arrive un moment où des injections,

la Corse, il eut constamment la fièvre, graves, si on les avait faites vint en France, et entra à l'hôpital ... très supportables et sans encore des sondes, et où l'on f ... méthode de Hunter. Plus tard ... rais conseiller, même à titre de lier. Lallemand lui fit prer ... de ces injections dans lesquelles plusieurs sondes dans l'ur ... mes à 1 gramme de nitrate d'argent sur les rétrécissements ... sillée. malade quitta l'établi ... doivent rendre très circonspect dans rendant, douze à qui ... de nitrate d'argent, et même les contre- tement glaireuses. ... sans être soulag ... l'existence présumée de cellules vésicales. J'ai lemand cautér ... difficile de reconnaître ces cellules; mais enfin vives en urin ... à acquérir, sinon l'entière certitude, du moins une M. Serre, ... de leur existence. Il y aurait alors une pilules d ... probabilité à prendre si l'on se décidait à faire des injections quina e ... ce serait de laisser la sonde en place, et surtout de de la ... immédiatement après la sortie du liquide, une ou deux tile. ... d'eau pure. Sans cela, la liqueur saline pourrait faire d'a ... long séjour dans les poches anormales et déterminer des il ... graves. n

D'un autre côté, il arrive souvent que le catarrhe est partiel, limité au col de la vessie et aux parties environnantes, sans occuper le bas-fond de l'organe. En pareil cas, l'effet des injections, nul ou à peu près sur les parties malades, peut être nuisible pour les surfaces saines, tandis qu'on obtient des résultats satisfaisants de cautérisations faites par d'autres procédés, sur lesquels je reviendrai bientôt.

Pour bien apprécier la portée des injections caustiques, il faut n'y avoir recours qu'après avoir essayé en vain des remèdes plus doux, et, pendant leur usage, suspendre tout autre traitement, interne ou externe, auquel on pourrait attribuer les résultats obtenus. Cependant, cette suspension des moyens accessoires ne doit s'étendre ni à la sonde, qu'il importe d'introduire une ou deux fois par jour pour vider la vessie, lorsque l'organe ne possède pas une force expulsive suffisante, ni aux injections d'eau tiède, qui sont nécessaires pour entraîner les dépôts s'il s'en produit. Comme la vessie est déjà accoutumée à ces moyens, on est certain qu'ils n'in-

ment sur les effets des injections médica-

ns laquelle plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu supporter l'usage des résines par la voie de l'es- ina Dupuytren à essayer les injections d'eau de btenue en faisant séjourner 500 grammes de cette e dans un litre d'eau. On chauffait légèrement la liqueur de s'en servir, on l'injectait deux fois par jour dans la essie, et on l'y laissait séjourner pendant un quart d'heure. u bout d'un temps variable, on a vu quelquefois le dépôt catarrhal de l'urine diminuer.

Vers la même époque, le docteur Souchier eut recours aux injections de baume de copahu, chez un vieillard de soixante-quatorze ans, atteint de catarrhe vésical, à la suite de rétentions d'urine et d'hématuries répétées. Il mêla 60 grammes de cette résine liquide avec autant d'eau d'orge, et, après avoir nettoyé la vessie au moyen d'une injection simple, y introduisit le mélange. A la troisième injection, une amélioration notable se manifesta ; la quantité des mucosités avait diminué, et le malade commençait à uriner assez librement. Le catarrhe tenait à l'accumulation de l'urine et à la distension forcée de la vessie; les injections, de quelque nature qu'elles fussent, étaient parfaitement indiquées, car le cas était un de ceux dans lesquels elles réussissent le mieux. L'eau froide aurait vraisemblablement eu tout autant d'efficacité que le mélange employé, et rien n'autorise à admettre, comme l'a fait l'auteur, que ce dernier ait exercé une action spécifique.

En 1831, Sanson reprit les expériences sur les injections d'eau de goudron ; il y ajoutait quelques gouttes de laudanum de Rousseau, et lorsque les douleurs du col vésical étaient trop fortes, il parvenait à les diminuer en introduisant dans le rectum, une boulette de charpie enduite d'une pommade d'acétate de morphine, préférée par lui à celle de belladone, dont se servait Dupuytren.

Plus tard, on a fait, à l'hôpital du Gros-Caillou, d'autres expériences dont le docteur Fabre a consigné les résultats dans sa thèse, en 1835. Chez un homme de vingt-sept ans, subitement atteint de cystite aiguë, pendant le traitement d'une uréthrite

qui auraient entraîné des accidents graves, si on les avait faites d'emblée, deviennent généralement très supportables et sans danger.

Quoi qu'il en soit, je ne saurais conseiller, même à titre de continuation progressive, celles de ces injections dans lesquelles on fait entrer de 5 décigrammes à 1 gramme de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau distillée.

Diverses circonstances doivent rendre très circonspect dans l'emploi des injections de nitrate d'argent, et même les contre-indiquer.

La première est l'existence présumée de cellules vésicales. J'ai dit combien il est difficile de reconnaître ces cellules; mais enfin on parvient à acquérir, sinon l'entière certitude, du moins une très grande probabilité de leur existence. Il y aurait alors une précaution à prendre si l'on se décidait à faire des injections corrosives; ce serait de laisser la sonde en place, et surtout de faire, immédiatement après la sortie du liquide, une ou deux injections d'eau pure. Sans cela, la liqueur saline pourrait faire un trop long séjour dans les poches anormales et déterminer des accidents graves.

D'un autre côté, il arrive souvent que le catarrhe est partiel, limité au col de la vessie et aux parties environnantes, sans occuper le bas-fond de l'organe. En pareil cas, l'effet des injections, nul ou à peu près sur les parties malades, peut être nuisible pour les surfaces saines, tandis qu'on obtient des résultats satisfaisants de cautérisations faites par d'autres procédés, sur lesquels je reviendrai bientôt.

Pour bien apprécier la portée des injections caustiques, il faut n'y avoir recours qu'après avoir essayé en vain des remèdes plus doux, et, pendant leur usage, suspendre tout autre traitement, interne ou externe, auquel on pourrait attribuer les résultats obtenus. Cependant, cette suspension des moyens accessoires ne doit s'étendre ni à la sonde, qu'il importe d'introduire une ou deux fois par jour pour vider la vessie, lorsque l'organe ne possède pas une force expulsive suffisante, ni aux injections d'eau tiède, qui sont nécessaires pour entraîner les dépôts s'il s'en produit. Comme la vessie est déjà accoutumée à ces moyens, on est certain qu'ils n'in-

flueront pas sensiblement sur les effets des injections médicamenteuses.

L'impossibilité dans laquelle plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu se trouvaient de supporter l'usage des résines par la voie de l'estomac, détermina Dupuytren à essayer les injections d'eau de goudron, obtenue en faisant séjourner 500 grammes de cette substance dans un litre d'eau. On chauffait légèrement la liqueur avant de s'en servir, on l'injectait deux fois par jour dans la vessie, et on l'y laissait séjourner pendant un quart d'heure. Au bout d'un temps variable, on a vu quelquefois le dépôt catarrhal de l'urine diminuer.

Vers la même époque, le docteur Souchier eut recours aux injections de baume de copahu, chez un vieillard de soixante-quatorze ans, atteint de catarrhe vésical, à la suite de rétentions d'urine et d'hématuries répétées. Il mêla 60 grammes de cette résine liquide avec autant d'eau d'orge, et, après avoir nettoyé la vessie au moyen d'une injection simple, y introduisit le mélange. A la troisième injection, une amélioration notable se manifesta; la quantité des mucosités avait diminué, et le malade commençait à uriner assez librement. Le catarrhe tenait à l'accumulation de l'urine et à la distension forcée de la vessie; les injections, de quelque nature qu'elles fussent, étaient parfaitement indiquées, car le cas était un de ceux dans lesquels elles réussissent le mieux. L'eau froide aurait vraisemblablement eu tout autant d'efficacité que le mélange employé, et rien n'autorise à admettre, comme l'a fait l'auteur, que ce dernier ait exercé une action spécifique.

En 1831, Sanson reprit les expériences sur les injections d'eau de goudron; il y ajoutait quelques gouttes de laudanum de Rousseau, et lorsque les douleurs du col vésical étaient trop fortes, il parvenait à les diminuer en introduisant dans le rectum, une boulette de charpie enduite d'une pommade d'acétate de morphine, préférée par lui à celle de belladone, dont se servait Dupuytren.

Plus tard, on a fait, à l'hôpital du Gros-Caillou, d'autres expériences dont le docteur Fabre a consigné les résultats dans sa thèse, en 1835. Chez un homme de vingt-sept ans, subitement atteint de cystite aiguë, pendant le traitement d'une uréthrite

simple par le baume de copahu, l'on prescrivit d'abord les antiphlogistiques, qui apaisèrent la vive inflammation; mais celle-ci fut remplacée par un catarrhe, auquel on opposa la térébenthine et l'eau de goudron à l'intérieur. Ces moyens ayant été inutiles, on injecta dans la vessie 60 grammes de baume de copahu, mêlé avec le double d'eau. Le liquide séjourna pendant vingt-cinq minutes. Le lendemain, il y eut diminution notable des mucosités. On répéta l'injection, qui fit disparaître totalement le dépôt muqueux. Aucun accident ne survint. Dans ce cas, le baume de copahu, pris à l'intérieur, paraît avoir déterminé l'inflammation aiguë de la vessie, et c'est à son application directe sur la partie devenue malade par son influence, qu'on attribua la disparition de cette cystite, passée à l'état chronique. Chez un autre homme, âgé de soixante et dix ans, et qui depuis trois mois était atteint de catarrhe vésical avec fréquents besoins d'uriner, souffrances continues, fièvre et amaigrissement, six injections suffirent pour procurer la guérison, qui n'avait pu être obtenue par d'autres moyens.

Ces faits, et autres analogues, n'ont point la signification qui leur a été attribuée. Ils sont incomplets, car on n'a pas tenu compte de l'état de la contractilité vésicale, qui est ici un point capital. On n'a vu que le dépôt muqueux de l'urine; et parce que ce dépôt a disparu, on a conclu que le baume de copahu avait guéri le catarrhe. Si, au lieu d'injections résineuses, qui ont des inconvénients et même des dangers, on s'était servi d'eau froide, le même résultat eût été obtenu, parce que l'eau pure aurait tout aussi bien détergé la vessie et ranimé l'action de sa tunique musculeuse.

Je viens de dire que les injections de baume de copahu peuvent avoir des inconvénients; en voici la preuve: un homme de trente-cinq ans était depuis longtemps atteint d'un rétrécissement uréthral et d'un catarrhe de vessie. On le délivra de la coarctation par les moyens connus, mais l'affection catarrhale persista. On injecta 60 grammes de baume de copahu, qui déterminèrent de fortes douleurs, une vive inflammation, avec hématurie et fièvre ardente, accidents assez graves pour compromettre les jours du malade. Cette inflammation aiguë guérit le catarrhe chronique, au dire du rédacteur de l'observation; mais elle ne

le fit qu'en créant un grand danger. On ne parle pas de rétention d'urine, et cependant il dut y en avoir, puisqu'il fallut mettre une sonde à demeure pendant trois jours, et personne n'ignore qu'à moins d'une nécessité absolue, on ne se décide pas à employer ce moyen dans la cystite aiguë.

On a pensé pouvoir atténuer l'action trop irritante du baume de copahu, en l'administrant à des doses plus faibles, celle, par exemple, de 8 grammes, graduellement portée à 30 ou 60 grammes. Mais, même avec ces précautions, il détermine, assez souvent encore, des irritations vives du col vésical, des difficultés d'uriner, une grande sensibilité au périnée, des érections douloureuses. C'est ce qui ressort des faits publiés.

On a imaginé d'unir le baume de copahu à l'opium, à la belladone, à la jusquiame, avant de l'injecter dans la vessie. Mais il parait que ces associations n'ont pas rempli l'attente de leurs inventeurs; car ceux-ci ont fini par où ils auraient dû commencer, c'est-à-dire, qu'après avoir constaté l'état de la vessie, ils ont modifié sa sensibilité à l'aide d'injections simples ou émollientes.

Dans la plupart des cas qu'on cite, il y avait rétrécissement organique ou coarctation spasmodique de l'urèthre, névralgie du col vésical, atonie de la vessie. Sous l'influence des moyens mis en usage, ces états morbides ont diminué ou cessé, et l'affection catarrhale a disparu, soit par la seule soustraction de la cause, soit à la faveur d'une perturbation, qui peut résulter des injections balsamiques, comme de celles d'une tout autre nature. Rien ne justifie donc l'assertion des praticiens qui ont prétendu que ces injections possédent une vertu spécifique. Elles agissent comme tous les moyens perturbateurs, tantôt en bien, tantôt en mal, sans que jamais il soit possible de prévoir le résultat définitif.

Les injections de décoction de suie se rapprochent jusqu'à un certain point de celles dont je viens de parler, et surtout de celles d'eau de goudron. Le docteur Giboin les a employées dans six cas de catarrhes vésicaux anciens, qui avaient résisté à tout autre traitement, et il dit avoir réussi dans quatre. Son travail ayant été adressé à l'Académie de médecine, je fus chargé d'en rendre

compte à ce corps savant (1), et je mis l'occasion à profit pour tenter quelques essais, dont je vais donner le précis.

Au lieu d'employer les injections d'eau de suie d'une manière exclusive, et dès le début de l'affection catarrhale, après que les accidents inflammatoires avaient été attaqués par les antiphlogistiques, je n'y ai eu recours que lorsque celles avec l'eau, tiède d'abord, puis froide, avaient échoué. C'était le plus sûr moyen de reconnaître si la décoction de suie a réellement plus d'action que l'eau simple, et si elle agit différemment. Le résultat n'a pas confirmé les assertions de M. Giboin. Quelquefois, néanmoins, et tout récemment encore, chez une femme attaquée de catarrhe vésical purulent, l'eau de suie a calmé les douleurs, qui avaient résisté à une forte décoction de pavot. Voici, du reste, ce que j'ai observé : les premières injections semblent exaspérer le catarrhe; le malade éprouve plus de douleurs pour uriner, les besoins se rapprochent davantage, et le dépôt de l'urine est plus copieux, effets que, d'ailleurs, produisent généralement les injections stimulantes, et surtout celles de solutions de nitrate d'argent; mais bientôt, les accidents s'apaisent, et le calme de la nuit s'établit, comme l'a vu M. Giboin. Là, s'est bornée l'amélioration que j'ai obtenue, et qui ne s'est même pas soutenue. Chez la femme dont je viens de parler, il est survenu, au bout de quelques jours, une éruption de boutons aux parties génitales. Dans d'autres cas, je n'ai observé que l'exaspération du catarrhe, qui succède aux premières injections.

Dans la décoction de suie que j'ai employée, M. Fremy, qui a bien voulu l'examiner, a trouvé du chlorure de potassium, de l'acétate et du sulfate de potasse, du sulfate de chaux, des ulmates de potasse et d'ammoniaque, et une certaine quantité d'asboline.

Je n'ai pas cru devoir pousser plus loin mes essais sur un moyen dont la composition ne présente rien qui puisse faire espérer une action spéciale et énergique. Dans les faits mêmes qu'a publiés M. Giboin, les résultats obtenus peuvent très bien s'expliquer, indépendamment de la nature du liquide, par l'action de la sonde et de l'injection, dont l'effet a été, en raniman

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VI, p. 360.

la contractilité de la vessie, d'aider cet organe à se débarrasser de son contenu.

Il pourrait d'ailleurs y avoir de l'inconvénient à trop se hâter d'introduire l'emploi de la suie dans la thérapeutique du catarrhe vésical. Ce produit, très-complexe, est susceptible de présenter des différences considérables, dans la proportion, et même dans la nature de ses principes constituants. Mieux vaudrait, sans doute, recourir à d'autres substances, plus connues et plus constantes, la créosote, par exemple, dont on a également vanté les bons effets. Mais les injections d'eau simple, à températures variées, remplissent très-bien le double but d'entraîner les dépôts de l'urine et de ranimer la contractilité vésicale, elles ont, en outre, ces avantages, qu'on est maître d'en graduer l'action, et qu'elles n'exposent point à provoquer les vives excitations que font naître la plupart des moyens empiriques, et qui peuvent entraîner des dangers, ou du moins compliquer les traitements sans nécessité.

Les réflexions, que j'ai déjà présentées à l'occasion des injections balsamiques, sont applicables à toutes les autres injections composées, alcalines, sulfureuses, etc., dont divers praticiens ont tenté d'accréditer l'usage. J'ai injecté l'extrait d'opium à hautes doses, sans en obtenir aucun effet. Il en a été de même de la teinture de belladone. Quelques auteurs, M. Devergie entre autres, assurent avoir vu ces injections apaiser les douleurs du catarrhe; mais ont-ils eu le soin de défalquer l'influence exercée par les différents moyens qu'ils employaient concurremment?

En lisant la plupart des faits sur lesquels repose la renommée acquise par telle ou telle injection, une chose frappe surtout, c'est le défaut de critique. Presque nulle part, on n'a procédé avec l'esprit d'analyse, si nécessaire, lorsqu'il s'agit de prononcer sur la valeur d'une méthode curative. L'injection a-t-elle échoué? on en accuse des circonstances insignifiantes; a-t-elle réussi? on lui attribue intrépidement le succès, oubliant ce qui peut dépendre de causes fortuites, ou de l'influence des médications simultanément mises en usage.

On s'est également abusé sur l'importance de certaines modifications introduites dans la manière de procéder. Il me suffira d'en citer un exemple: un de nos praticiens a conseillé

d'employer de grosses sondes en étain, sous prétexte que le poids de ces instruments facilite leur introduction. Tous ceux qui ont l'habitude du cathétérisme ont dû trouver ce conseil au moins singulier, et d'autant plus étrange qu'il n'était accompagné d'aucune recommandation de diminuer par un traitement préparatoire, si souvent nécessaire, la sensibilité de l'urèthre. Or, chacun sait que, lorsque le canal est très irritable, le cathétérisme cause beaucoup plus de douleur avec une grosse sonde qu'avec une sonde de calibre moyen.

On a prétendu qu'il fallait réitérer les injections vésicales deux ou trois fois par jour. Rien de fixe ne peut être prescrit à cet égard. La règle doit se déduire de l'état de la vessie et de l'époque du traitement. Au début, quand la vessie et l'urèthre sont très irritables, une seule injection par jour, ou même tous les deux jours, suffit, si l'on veut éviter une réaction, toujours nuisible, en proportion de son intensité. Mais chez les sujets déjà habitués au passage de la sonde, et surtout lorsque la vessie ne se vide pas complétement, il y a utilité de répéter l'injection plus souvent qu'on ne le dit, et surtout de recourir au cathétérisme, toutes les fois que le besoin d'uriner le commande.

6° *Irrigations vésicales.*—Il y a déjà fort longtemps que les médecins ont songé à faire passer un courant d'eau dans la vessie. L'espoir d'obtenir la dissolution des calculs donna naissance à cette idée, pour l'application de laquelle Hales proposa des sondes à double courant, dont l'invention a été attribuée à M. J. Cloquet, sans doute parce qu'il fut l'un des premiers, chez nous, à se servir de l'instrument anglais dans le traitement du catarrhe vésical.

En 1823, ce chirurgien habile a présenté à l'Académie de médecine un vieillard qu'il avait guéri d'un catarrhe de vessie par des irrigations avec de l'eau tiède, au moyen de la sonde à double courant. Le viscère recouvra l'entier exercice de ses fonctions, et dix-huit mois après, le mal n'avait point récidivé. Plus de deux mille litres de liquide passèrent dans la vessie pendant le cours du traitement. M. J. Cloquet fit observer qu'il n'avait pas toujours obtenu un résultat si satisfaisant, mais que, dans aucun cas, l'état des malades ne s'était aggravé. J'ai eu fréquemment recours aux irrigations, non avec l'eau tiède, mais avec l'eau froide, qui est

e pour ranimer la contractilité vésicale.
but pour lequel on doit y recourir; car, s'il
de laver l'intérieur du viscère, quelques injec-
l'une de l'autre, suffiraient pour entraîner tous les
urine. Je n'ai pas eu beaucoup à m'en louer; cepen-
ont réussi dans quelques cas où les injections avaient
.. Du reste, comme M. J. Cloquet, je n'en ai jamais vu
iter aucun accident.

7° *Cautérisation de la vessie avec le nitrate d'argent à l'état solide.* — Les neuf dixièmes des catarrhes vésicaux, dont la plupart avaient résisté pendant des années, à tous les efforts de l'art, ont été guéris, dit-on, par ce traitement. Un tel résultat, proclamé bien haut, était assurément propre à fixer l'attention sur cet agent thérapeutique, dont l'application, d'ailleurs, était réglée et présentée avec beaucoup d'art. L'expérience n'a pas confirmé ces brillants succès : malades et médecins ont eu beaucoup de mécomptes à enregistrer. Quoi qu'il en soit, l'emploi du nitrate d'argent solide doit être limité aux cas dans lesquels l'affection catarrhale ne dépasse point le pourtour du col de la vessie. Là, en effet, on peut appliquer le caustique à la surface malade, sans intéresser beaucoup les autres points. Deux procédés sont en usage.

Le premier consiste à déposer dans une cuvette la quantité de nitrate d'argent qu'on veut employer, en procédant comme on le fait lorsqu'il s'agit de cautériser l'urèthre. Seulement, le porte-caustique, droit ou courbe, doit avoir la longueur d'une sonde ordinaire; il doit également en avoir le volume, et je crois même préférable qu'il soit plus gros.

Dans le second procédé, on roule une bougie molle, en cire, de moyenne grosseur, sur du nitrate d'argent pulvérisé; mais on n'enduit de ce sel que 3 centimètres de l'étendue de la bougie, à 3 ou 4 centimètres de son extrémité vésicale. On recouvre ensuite l'instrument d'une couche d'axonge, et on l'introduit rapidement, jusqu'à ce que la partie scarifiante soit en contact avec la région prostatique et l'orifice interne de l'urèthre. Les 4 centimètres de bougie qui ne portent point de caustique, garantissent la face interne de la vessie, dans le cas où ce viscère ne contiendrait pas assez d'urine pour que ses parois fussent écartées. A la première application, trente secondes

de séjour de la bougie escharotique suffisent pour produire l'effet désiré. Si même le malade est fort irritable, il ne faut employer d'abord qu'une bougie peu chargée, qu'on aura préalablement soin de frotter avec un linge, afin de n'y laisser que la portion de poudre incorporée dans la cire. Parfois, cependant, malgré toutes ces précautions, la cautérisation est assez forte pour déterminer une douleur aiguë, suivie d'une vive exaspération de la sensibilité, d'où résultent les difficultés d'uriner, de grandes cuissons pendant la sortie de quelques gouttes seulement de liquide, un écoulement de sang et un ou plusieurs accès de fièvre. Il faut procéder alors avec la même réserve que dans les névralgies graves du col vésical, ou dans les maladies des voies spermatiques, c'est-à-dire mettre un long intervalle entre les cautérisations : douze à quinze jours est le terme ordinaire. Avec le temps, les réactions deviennent moins à craindre. On peut agir avec plus d'énergie, et prolonger le séjour de la bougie d'une ou deux minutes, surtout lorsqu'on emploie le même instrument, qui peut servir plusieurs fois de suite; mais il faut avoir soin de le charger de nouveau lorsqu'on s'aperçoit que la catérisation devient trop faible. Ici, comme dans tous les cas analogues, la conduite du praticien est réglée par les effets produits. Ce qu'il doit particulièrement surveiller, ce sont les accidents qui pourraient résulter d'une cautérisation trop profonde. La règle générale est de ne faire que des applications transcurrentes, en petit nombre et très éloignées les unes des autres.

Dans les cas où ce moyen était parfaitement indiqué, c'est-à-dire lorsqu'il existait une sorte de boursouflement de la membrane muqueuse du col vésical, avec sensibilité excessive et grande disposition à saigner, la phlegmasie étant d'ailleurs bornée à ce point, j'en ai obtenu d'excellents effets : la sensibilité morbide du col a disparu, le passage de la sonde a cessé de faire couler du sang, les besoins d'uriner se sont éloignés, l'urine s'est éclaircie, et les injections froides, les irrigations, les révulsifs, qui jusqu'alors avaient été inefficaces, ont produit les améliorations qu'on devait en espérer. Mais il en est des cautérisations comme des autres moyens de traitement : on ne doit leur demander que ce qui est en rapport avec leur mode d'action. Elles ont pour effet de modifier la sensibilité viciée de la partie, de réprimer les

boursouflements et les petites excroissances à l'orifice interne de l'urèthre. S'il y a en même temps atonie de la vessie, si la phlegmasie existant au col, s'est propagée à l'intérieur du viscère, il faut recourir à d'autres moyens.

Lorsque la bougie escharotique passe avec peine, à raison d'une constriction trop énergique du canal, d'une courbure sous-pubienne trop prononcée, ou d'une tuméfaction de la prostate, on réussit quelquefois à écarter les difficultés en introduisant d'abord, et laissant en place pendant quelques minutes, une grosse bougie simple; immédiatement après avoir retiré celle-ci, on introduit celle qui porte le caustique. Si ce moyen ne réussit pas, je me sers d'un porte-caustique métallique, à extrémité olivaire, droit ou courbe, suivant la facilité que je trouve à l'introduire. Mais, toujours, je me borne à des cautérisations rapides et superficielles, et je n'y ai même recours qu'après avoir épuisé les moyens plus doux, après avoir préparé convenablement l'urèthre à recevoir l'instrument. Je sais que ces précautions n'ont pas paru à tous les praticiens aussi utiles qu'elles me semblent l'être, qu'il en est qui portent le caustique d'emblée sur le col vésical, qui l'appliquent en toute occasion, et qui voient en lui, pour ainsi dire, une sorte de panacée. Je sais aussi qu'en agissant de la sorte on assure avoir obtenu des succès. Mais j'ai vu beaucoup de malades qui s'en étaient trouvés fort mal, et je ne saurais partager l'enthousiasme des praticiens qui érigent la cautérisation en méthode générale de traitement du plus grand nombre des maladies dont le col de la vessie peut être atteint.

8° *Eaux minérales.* — Un grand nombre d'eaux minérales ont été vantées pour le traitement du catarrhe vésical. On a surtout donné de grands éloges à celles de Cauterets, d'Aix-la-Chapelle, de Plombières, de Contrexeville, de Vichy, et suivant l'usage, chacun cite des succès en faveur de la localité de son choix. Les sources sulfureuses chaudes me paraissent mériter la préférence, lorsqu'il s'agit de catarrhes anciens, opiniâtres. Celle de Contrexeville et ses analogues ont surtout pour effet de ranimer la contractilité vésicale, presque toujours affaiblie dans cette maladie, et sous ce rapport leur usage peut être utile. Plusieurs de mes malades, affectés en même temps d'atonie et de catarrhe grave, auxquels j'avais conseillé les eaux de Contrexeville, de

Vichy, de Carlsbad, pour compléter leur guérison, en ont obtenu de si bons effets qu'ils y sont retournés de leur propre mouvement. Il n'en serait pas de même, si le catarrhe vésical dépendait d'un état névralgique du col de la vessie, avec tuméfaction de la prostate : on aurait alors à redouter des rétentions d'urine parfois très graves, et d'autres accidents, dont je connais plus d'un exemple.

Il ne faut pas perdre de vue, dans l'appréciation de l'influence des eaux minérales, la quantité de liquide que boivent les malades, et qui détermine une sécrétion rénale plus abondante. L'urine, ainsi délayée, perd de sa couleur, de sa concentration, et ne dépose plus de mucosités. Mais, en quittant les eaux, les malades, qui cessent de boire autant, voient souvent reparaître le catarrhe, dont ils se croyaient délivrés. C'est en grande partie d'après ces guérisons, apparentes et temporaires, que se sont établies tant de réputations que les résultats définitifs ne justifient point.

9° *Pareira brava.* — Quelques praticiens anglais, entre autres M. Coulson, vantent beaucoup l'infusion et la décoction de pareira brava, mais toujours associée à des agents thérapeutiques variés. On aurait grand tort de compter sur les effets de ce médicament empirique. Un fait rapporté par M. Coulson lui-même permet de le juger. Une femme de quarante-six ans, affectée d'inflammation à la membrane muqueuse vésicale, avec douleurs à la partie inférieure du ventre et besoins fréquents d'uriner, fut soumise à l'usage d'une décoction de pareira brava. Les symptômes diminuèrent d'abord; mais, au bout de six semaines, ils reparurent, plus intenses et plus graves. La malade s'affaiblit, fut prise de vomissements, et mourut. On trouva la vessie ulcérée en plusieurs endroits, épaissie, et contenant du pus entre ses tuniques; il y avait aussi des lésions rénales avancées. Le remède n'a sans doute pas déterminé les altérations découvertes à l'autopsie; mais on ne saurait affirmer avec autant de certitude qu'il n'a pas accéléré la marche des accidents.

10° *Iode.*—On a proposé l'usage des préparations d'iode dans le traitement du catarrhe vésical. J'ai eu occasion de voir quelques malades qui en avaient fait usage. Un d'eux, presque sexagénaire, rendait depuis longtemps des urines chargées de mu-

cosités; de plus, il était épuisé par un dévoiement opiniâtre, que l'iode, administré à l'intérieur, avait déterminé. J'eus beaucoup plus de peine à le guérir de la maladie qu'on lui avait donnée que de l'affection vésicale, qui céda aisément aux moyens dont j'ai si souvent recommandé l'usage. L'iode ne me paraît pas mériter plus de confiance que tant d'autres substances qui ont été conseillées par l'empirisme.

11° *Quinquina.* — Pour beaucoup de praticiens, le sulfate de quinine est une sorte de panacée universelle. On ne pouvait pas manquer de l'administrer contre le catarrhe vésical. Il est presque inutile d'ajouter qu'on a annoncé des succès, et que la pratique ne donne que des déceptions.

ART. VII. — ACCIDENTS QUI PEUVENT ARRIVER PENDANT LE TRAITEMENT DU CATARRHE VÉSICAL.

Parmi les accidents qui, trop souvent, obligent à suspendre le traitement du catarrhe vésical, retardent sa guérison, ou même mettent obstacle, un des moins graves, fort heureusement, car on l'observe chez beaucoup de sujets, est le gonflement inflammatoire des testicules et de leurs dépendances. On sait combien sont exposés aux orchites les hommes dans l'urèthre desquels on a introduit des sondes, des bougies, ou tout autre instrument. Lorsque la phlegmasie catarrhale siége au voisinage du col, et qu'elle s'étend à l'orifice des canaux éjaculateurs, l'intumescence du testicule est infiniment plus à redouter encore : on la voit survenir dans les cas, en apparence, les plus simples.

Un homme éprouvait depuis quinze mois des difficultés d'uriner, produites par l'atonie de la vessie et l'irritabilité de l'urèthre; il s'ensuivit un catarrhe vésical, qui résista à tous les moyens adoucissants auxquels on eut recours. Il entra dans mon service à l'hôpital Necker. Quelques bougies et des injections d'eau froide suffirent pour procurer une guérison complète. Mais, pendant le traitement, il survint une orchite, qui fut suivie de suppuration. Plusieurs de celles que j'ai observées, en pareil cas, se sont terminées de cette manière.

Un autre accident, qu'il n'est pas rare d'observer, pendant le traitement du catarrhe vésical, consiste en des accès de fièvre,

ayant tous les caractères de ceux des fièvres intermittentes. J'ai déjà eu bien des occasions de faire remarquer que, dans le traitement de la plupart des lésions de l'appareil urinaire, les malades sont souvent pris, tout à coup, de frissons, plus ou moins intenses et prolongés, auxquels succède une chaleur proportionnée, qui se termine par de la sueur. Si cette dernière est abondante, et que le frisson ait peu duré, l'accès ne revient pas; dans le cas contraire, il se reproduit une ou plusieurs fois. Ce phénomène a lieu de même dans le catarrhe, soit que la phlegmasie ait été exaspérée d'une manière quelconque, soit que les moyens de traitement aient déterminé une perturbation trop considérable. Ces accès de fièvre, surtout quand ils se renouvellent, fatiguent beaucoup les malades, et obligent de suspendre le traitement: mais, en général, ils cessent sans qu'on ait besoin de recourir à des moyens spéciaux. Ce n'est que très exceptionnellement, qu'on rencontre des cas dans lesquels une longue périodicité s'établit : il faut alors administrer les préparations de quinquina.

Il est une autre espèce de fièvre qu'on voit quelquefois survenir pendant le traitement du catarrhe, et qui a beaucoup plus de gravité, quoique le malade s'en inquiète peu, ou même n'y fasse aucune attention. L'accès est beaucoup plus long, mais moins dessiné; souvent, le frisson n'est pas appréciable, et parfois même il manque entièrement : la fièvre ne consiste qu'en une augmentation de la chaleur et de la fréquence du pouls, avec du malaise et un peu d'agitation pendant la nuit. Ce mouvement fébrile doit, surtout quand il se prolonge, engager le praticien à se tenir sur ses gardes, car il annonce presque toujours une lésion organique, ou une complication qui nous échappe. Ne connaissant pas la cause à laquelle il se rattache, on ne sait trop quelle médication directe lui opposer; mais la prudence conseille de soustraire soigneusement le malade à tout ce qui pourrait occasionner une perturbation quelconque, et de suspendre le traitement dirigé contre le catarrhe, ou du moins d'en diminuer l'énergie.

Chez certains sujets, il se manifeste, pendant le traitement du catarrhe, une exaspération des troubles fonctionnels de la vessie et des reins. L'urine est quelquefois très abondante, et les

besoins de la rendre se font sentir à chaque instant. J'ai dit ailleurs que cette particularité avait souvent lieu sous l'influence d'une irritation légère du col vésical, et que le liquide rendu était en général limpide. Dans certaines circonstances, cependant, l'urine devient très rare, et les reins fonctionnent à peine. Ce dernier état est le plus grave. Des faits, précédemment exposés, nous ont appris que souvent alors il existait une irritation vive de la vessie ou de l'urèthre, réagissant sur les reins. Quant à l'abondance insolite de l'urine, surtout pendant la nuit, elle indique la convenance de diminuer un peu la quantité des boissons.

Eu égard aux difficultés d'uriner, et à la rétention d'urine, qui peuvent se déclarer, ce sont des accidents faciles à reconnaître. Il faut d'autant plus se hâter de les écarter, qu'ils tourmentent beaucoup les malades, et que, si on les négligeait, ils pourraient entraîner des désordres considérables.

Les accès de fièvre, les troubles de la miction, les irrégularités de la sécrétion urinaire et de la contractilité vésicale, méritent de fixer très sérieusement l'attention des praticiens. Ces désordres se rattachent, plus ou moins directement, à un mouvement de réaction, le plus ordinairement provoqué par les agents thérapeutiques employés contre le catarrhe, et dont l'action trop prompte, trop énergique ou trop soutenue, suffit pour faire passer la phlegmasie de l'état chronique à l'état aigu. J'ai fait connaître toute la gravité de cette transformation, je n'y reviendrai pas.

Il est un dernier accident, assez souvent observé pendant le traitement du catarrhe de la vessie, sur lequel je m'arrêterai un instant. Je veux parler de l'incontinence d'urine.

Nous avons vu que cette incontinence résulte fréquemment de l'atonie de la vessie et de l'accumulatiou de l'urine dans son réservoir, qui, ayant perdu la faculté de se contracter, reste dans un état habituel de surdistension, par suite duquel l'urine s'écoule involontairement, d'une manière continue. Nous savons aussi que le catarrhe doit très souvent naissance aux mêmes dispositions. Par conséquent, lorsque les deux maladies existent ensemble, la même cause produit l'une et l'autre. Le même traitement leur convient aussi à toutes deux : il faut vider la vessie et faire des injections, d'abord tièdes, puis froides. Ce que ces

cas offrent de plus constant, c'est d'exiger un long traitement et l'emploi des moyens les plus énergiques, car ils prouvent toujours qu'on a un état morbide ancien à combattre.

On voit aussi quelquefois coïncider avec le catarrhe vésical l'espèce d'incontinence d'urine qui résulte de l'hypertrophie des parois de la vessie, avec diminution de la capacité du viscère et relâchement de son col. Il s'en est présenté plusieurs exemples dans ma pratique.

Ces cas sont généralement plus graves que ceux de l'espèce précédente. Nous avons vu combien il est difficile de faire cesser alors l'incontinence d'urine, même exempte de catarrhe. Celui-ci caractérise un degré de plus et une complication de la maladie. Les injections produisent peu d'effet. Parvînt-on même à faire cesser l'affection catarrhale, la vessie resterait encore racornie et le malade obligé d'uriner à chaque instant. Mais, presque toujours, le catarrhe résiste aux moyens qu'on lui oppose ; quelques malades ne peuvent obtenir un peu de soulagement qu'en se sondant plusieurs fois par jour, et en continuant l'usage des injections émollientes et légèrement détersives.

Lorsque l'incontinence d'urine se manifeste pendant le traitement du catarrhe, les malades s'en tourmentent d'autant plus qu'ils ne manquent presque jamais de l'attribuer aux moyens qu'on a employés. Il est plus difficile qu'on ne pense de les détromper à cet égard. Quant aux indications à remplir, je les ai exposées fort au long précédemment.

Les divers moyens que je viens de passer en revue, tant dans cet article que dans les précédents, exigent plusieurs conditions pour produire les résultats qu'on attend de leur emploi. Il faut d'abord que les indications aient été saisies d'une manière bien précise, et qu'elles embrassent toutes les circonstances que présente chaque cas spécial. Or, c'est là, comme je l'ai dit, une difficulté que les praticiens ne peuvent pas toujours surmonter. Beaucoup d'insuccès dans le traitement du catarrhe vésical ne reconnaissent pas d'autre cause. Ensuite, il est nécessaire que chaque méthode de traitement soit conduite avec discernement, soin et dextérité, sans quoi elle échoue.

Mais, en supposant même que ces conditions soient remplies, il y en a d'autres encore d'où dépend le succès. La première

question qui se présente est celle de l'opportunité. Les ressources de l'art deviennent insuffisantes lorsqu'on attend, pour les appliquer, que l'état morbide ait cessé d'être un simple trouble fonctionnel, et qu'il soit survenu des lésions organiques plus ou moins profondes. Alors la maladie persiste ordinairement, bien qu'on soit parvenu à détruire la cause première des désordres.

Ici encore se présente une difficulté devant laquelle vient souvent échouer toute la sagacité du praticien : c'est celle de savoir, dans un cas grave de catarrhe rebelle, la vessie ou ses annexes sont atteintes d'une de ces altérations de texture contre lesquelles la thérapeutique ne peut rien, ou si, seulement, il s'agit d'une phlegmasie ancienne, étendue, profonde, sans dégénérescence notable des tissus. Or, ce cas n'est pas rare; je l'ai observé un grand nombre de fois, et les auteurs, Dupuytren entre autres, ont également signalé à l'attention. Ce qui contribue surtout à le rendre embarrassant, c'est que les exploratians les plus minutieuses sont souvent insuffisantes, et que les données qu'on pourrait obtenir, en essayant divers moyens curatifs, sont rendues à peu près nulles par les effets de l'habitude. L'appareil muqueux de la vessie est tellement accoutumé à sécréter le liquide mucoso-purulent, dont la présence dans l'urine constitue le catarrhe, suivant l'acception vulgaire du mot, qu'il faut un temps considérable pour en ramener les fonctions à leurs conditions normales, et qu'on peut se trouver par là entraîné à supposer une lésion organique là où il n'y en a réellement point.

En opposition avec ces cas douteux, qui sont toujours une source d'embarras, il y en a d'autres dans lesquels les altérations de texture se dessinent assez nettement pour qu'on ne puisse les méconnaître, et où l'on constate, dès l'abord, soit au col, soit au corps de la vessie, l'existence d'une lésion assez développée pour qu'il n'y ait pas espoir de la guérir. Le catarrhe, qui est la conséquence de cette lésion, fera des progrès incessants, malgré tous les moyens qu'on emploiera. Il en sera de même si la phlegmasie vésicale se rattache à une altération profonde de l'utérus, du rectum ou de tout autre organe : quoiqu'ici la cause exerce une action moins directe, elle suffit pour paralyser les efforts les mieux dirigés de l'art.

Ainsi, que le traitement n'ait pas été bien ordonné dès le prin-

cipe, et qu'au lieu d'attaquer le mal on se soit borné à masquer à dénaturer ou à compliquer la phlegmasie, qu'on ait fait un application inopportune des moyens thérapeutiques, ou qu'il s'agisse d'une phlegmasie rebelle, parce que la cause en est inconnue ou inattaquable, on rencontre trop souvent des cas dans lesquels le catarrhe vésical parvient à son plus haut degré de développement, sans qu'il soit possible de lui opposer aucune médication efficace. Le praticien est alors condamné au rôle déplorable de spectateur impuissant des angoisses presque continues et toujours croissantes du malade, sur lequel même les palliatifs n'ont plus de prise. Quelques faits de ce genre se sont offerts à moi, et je ne saurais dire combien j'ai été affligé de la stérilité de l'art, au milieu des scènes attristantes qui se passaient sous mes yeux. Je me rappelle, entre autres, le cas d'un malheureux confrère qui périt victime de ses préjugés, par suite desquels il laissa parvenir à son dernier terme un catarrhe vésical, dont il était affecté depuis longtemps; il avait repoussé les secours de la médecine, dans la conviction qu'un catarrhe de vessie est une maladie toujours incurable, qu'on ne peut qu'aggraver en cherchant à la guérir, et s'était borné à l'usage des opiacés. Lorsque je le vis, au lieu d'urine, il rendait une matière mucosopurulente, d'une fétidité repoussante; l'écoulement de cette matière était accompagné d'inexprimables douleurs, se reproduisant trois ou quatre fois par heure; tout mouvement était impossible, le sommeil et l'appétit avaient disparu, la maigreur était extrême. Il n'y avait rien à tenter, et l'opium, même à hautes doses, ne produisait plus aucun effet. Les lavements semblèrent calmer les douleurs pendant quelques jours, mais elles reparurent bientôt, plus vives qu'auparavant. Pendant un mois entier, jusqu'à l'inévitable catastrophe, j'eus sous les yeux, trois fois par semaine, le spectacle de ces horribles souffrances, auxquelles je ne pouvais apporter aucun soulagement.

Dans d'autres cas moins avancés, j'ai réussi à calmer les douleurs, et même parfois à prolonger l'existence. C'est des injections que j'ai retiré alors le plus d'avantage; mais elles exigent un redoublement de précaution, à cause de l'irritabilité excessive de l'urèthre et du col vésical; plusieurs de ces malades supportent mieux la présence continuelle d'une petite sonde

que les introductions répétées de l'instrument; j'en ai profité avec d'autant plus d'empressement que par là j'acquérais la facilité de multiplier les injections émollientes, qui diminuaient les difficultés d'uriner, les efforts et les cuissons. Si la sonde ne peut être supportée, on est réduit aux lavements opiacés, dont l'effet ne dure pas longtemps.

C'est toujours avec peine que j'ai vu employer les moyens empiriques dans ces cas désespérés. Ils ne réussissent jamais, non plus que les révulsifs, dont le seul résultat est de tourmenter inutilement les malades.

CHAPITRE XI.

DE LA FIÈVRE ET DE QUELQUES PHLEGMASIES SPÉCIALES QU'ON OBSERVE DANS LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, EN PARTICULIER PENDANT LEUR TRAITEMENT.

Les phénomènes que je me suis proposé d'étudier présentent de nombreuses différences, mais ils ont entre eux des connexions qui paraissent autoriser à les réunir dans un même chapitre.

Ils forment deux catégories principales : dans la première, la maladie est générale, l'élément morbide reste disséminé dans l'ensemble de l'économie, et l'on ne saurait toujours dire quel est l'organe le plus particulièrement attaqué; c'est la fièvre.

Dans la deuxième catégorie, les phénomènes débutent aussi par un accès fébrile, mais tout aussitôt le mal se circonscrit, le travail morbide se localise, la fièvre change de caractère, et l'on se trouve en face de phlegmasies spéciales qui se manifestent et se développent, soit dans les articulations, soit dans les masses musculaires, et quelquefois dans les organes intérieurs.

J'ai placé, à la suite, un article sur les inflammations des testicules et des cordons spermatiques, en rapport avec les phlegmasies de l'urèthre et les opérations effectuées dans ce canal.

ART. Ier. — DE LA FIÈVRE.

Je désigne sous le nom de fièvre uréthro-vésicale un groupe de phénomènes présentant des caractères propres, dont la marche, la durée, l'intensité et la terminaison diffèrent d'après des circonstances qui seront indiquées.

La fièvre se manifeste presque toujours pendant la maladie des organes urinaires, et quelquefois seulement à la suite des opérations pratiquées sur ces organes. Dans le premier cas, elle est un symptôme d'un état morbide préexistant, variable à l'infini, mais d'une valeur qui ne saurait être contestée ; cependant elle a été, pour ainsi dire, laissé de côté. A peine si, dans ces derniers temps, l'on en a tenu compte, en le rattachant à quelques opérations.

La fièvre existant avant le traitement est modifiée, exaspérée par celui-ci d'où résulte une fièvre que j'appelle *mixte*, et qui mérite surtout de fixer l'attention des praticiens.

§ 1er. — De la fièvre observée dans le cours des maladies des organes urinaires.

1° Dès 1823, en étudiant l'action des calculs urinaires sur l'économie, je reconnus chez un très grand nombre des malades qui réclamaient mes soins, un état fébrile, tantôt temporaire, avec des exacerbations et revenant par accès, tantôt permanent, à type plus ou moins continu, ou du moins sans variations constantes.

α. La première variété de cet état fébrile se manifeste au début de la maladie et chez les calculeux dont la vessie hypertrophiée chasse l'urine avec force, d'où résultent de grandes douleurs.

Sous l'influence d'une surexcitation passagère produite par l'exercice, un long voyage, et quelquefois sans cause appréciable, les effets de la pierre deviennent plus saillants, les besoins d'uriner se rapprochent, les douleurs de la miction s'accroissent et les malades éprouvent de véritables accès de fièvre. Dans les cas les moins graves, cette fièvre et les symptômes concomitants cessent par le repos, les moyens sédatifs les plus simples, et

le malade rentre immédiatement dans son état habituel.

Dans les cas graves, les douleurs de la pierre, qui étaient faibles et passagères, deviennent intenses, prolongées, pour ainsi dire continues; les accès fébriles reviennent plus souvent, avec des caractères plus alarmants; un moment arrive même où la fièvre, devenue permanente, n'est que l'avant-coureur de la mort, si l'on ne se hâte d'extraire le corps étranger; c'est le seul moyen de mettre un terme aux accidents fébriles et nerveux qui se succèdent.

En général, les accès de fièvre sont d'autant plus intenses, plus rapprochés et plus opiniâtres, que la vessie, fortement excitée par la pierre, se contracte avec plus de puissance.

β. La seconde variété de la fièvre se manifeste particulièrement chez les calculeux dont la vessie fonctionne péniblement; par suite de l'inertie primitive ou consécutive des parois de ce réservoir, la quantité d'urine qu'il contient n'est pas entièrement expulsée à chaque miction; son séjour prolongé me paraît être la cause principale de l'état fébrile.

Ce qui frappe surtout dans ces cas, c'est que, sans éprouver à un haut degré les accidents et les douleurs de la pierre, les malades sont travaillés, minés en quelque sorte par une fièvre continue, plus ou moins irrégulière, quelquefois avec des exacerbations, accompagnée de douleurs sourdes dans les régions lombaire et pubienne, et d'un grand malaise général, avec troubles de toutes les fonctions.

Chez plusieurs des malades soumis à mon examen, la pierre existait depuis longtemps; mais, comme ils ne souffraient pas beaucoup, ils avaient laissé prendre à la maladie un développement tel, que toute opération se trouvait contre-indiquée. Je vis survenir successivement la perte de l'appétit et du sommeil, la fréquence et l'irrégularité du pouls, la sécheresse de la bouche, des sueurs irrégulières, plutôt froides que chaudes, exhalant, ainsi que l'air expiré, une odeur fétide d'un caractère particulier, des nausées, des vomissements, un amaigrissement rapide et une adynamie progressive.

En face de ces phénomènes vagues, irréguliers, dont il n'est pas facile de saisir la signification véritable, j'eus d'abord des difficultés à établir un diagnostic exact; mais en rapprochant les

nouvelles observations que la pratique de chaque jour m'offrait en grand nombre, de celles que j'avais recueillies, et en tenant compte d'effets analogues survenus à la suite des opérations, je suis parvenu à constater le point de départ de la fièvre et à me rendre compte des principales différences qu'elle présente dans son développement, sa marche et sa terminaison. Les notions que j'ai acquises sur ce sujet font l'une des principales bases de ma pratique dans le traitement de l'affection calculeuse (1).

2° Je remarquai aussi, dès le début de mon exercice, et ceci est parfaitement établi aujourd'hui, que cette fièvre n'existe pas seulement chez les calculeux; on l'observe dans un très grand nombre de maladies des voies urinaires; et, lorsqu'elles ont acquis un certain développement, la fièvre prend la forme adynamique et entraîne promptement la mort.

On trouve souvent dans ces cas des lésions organiques manifestes, des rétrécissements uréthraux, des barrières uréthro-vésicales, des tumeurs fongueuses et prostatiques, des néphrites, etc., dont les effets sur la production de la fièvre sont d'autant plus marqués, qu'il existe en même temps une inertie de la vessie, avec ou sans catarrhe, et qu'ils contribuent plus puissamment à ralentir ou empêcher le cours de l'urine. Mais souvent aussi on ne découvre par l'autopsie aucune cause matérielle des phénomènes. Quoi qu'il en soit, le séjour prolongé et plus ou moins forcé de l'urine dans son réservoir, me paraît exercer, dans la production et l'entretien de la fièvre, une double action également puissante. L'absorption qui s'exerce sur ce liquide d'une manière permanente, et la lutte qui s'établit, à chaque miction, entre la vessie qui se contracte péniblement et les obstacles à la sortie de l'urine; ces deux causes agissent dans le même sens, et

(1) Voyez mon ouvrage sur la *Lithotritie* en 1827, ma *Deuxième lettre* en 1828, le *Parallèle* en 1836, le *Traité de l'affection calculeuse* en 1838, le *Traité pratique de la lithotritie* en 1847, et divers chapitres de cet ouvrage, en particulier le *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, 1840. Un grand nombre d'observations tant de pierre que de gravelle y sont exposées dans le but de faire connaître, non-seulement les ressources de la médecine proprement dite, ainsi que son titre l'indique, mais aussi de mettre en relief certains effets produits par la pierre et la gravelle sur l'ensemble de l'économie.

contribuent d'ailleurs à épuiser le malade, en portant le trouble dans les fonctions (1).

Ces faits ayant été exposés dans mes publications précédentes, je me borne à faire de courtes remarques, rendues nécessaires par les observations qu'il me reste à présenter. Je rappellerai spécialement l'attention des praticiens sur la résorption urineuse.

3° Il n'est pas rare de voir des sujets dont la santé s'altère, la constitution s'affaiblit et se détériore, sans qu'on parvienne à découvrir la cause des désordres dont ils ressentent les effets. L'incertitude est d'autant plus grande en général que la marche du mal est plus lente et plus irrégulière. Ce ne sont pas seulement les malades qui s'aveuglent sur leur position, beaucoup de praticiens s'égarent au sujet de la cause morbide ; ils oublient surtout qu'à l'accumulation et au séjour prolongé de l'urine dans son réservoir, se rattache le passage de ce liquide dans le sang, fait important, qui a fixé déjà l'attention des observateurs, mais qui réclame de nouvelles recherches. C'est un vaste sujet d'étude et d'expérimentation que je recommande aux ingénieux physiologistes de notre époque.

L'absorption ne se montre sans doute pas aussi active dans l'appareil urinaire que dans d'autres organes. Cependant, on ne saurait douter qu'elle s'y exerce et que certains principes constituants de l'urine peuvent s'introduire dans l'économie par cette voie, ainsi que le prouvent des expériences récentes (2). Cette absorption explique la concentration du liquide urinaire après un long séjour dans son réservoir. Il rend raison des sueurs, des

(1) Ces vues ne sont pas nouvelles ; je disais à l'Académie des sciences le 16 février 1829, au sujet du catarrhe vésical qui se déclare à une époque avancée de la vie, sans cause manifeste (*Journal hebdomadaire de médecine*, 28 mars 1829) : « Des faits déjà nombreux m'ont prouvé que cette espèce si fréquente et si grave du catarrhe est le résultat de l'atonie musculaire de la vessie.... Ainsi distendue, la vessie ne se contracte qu'imparfaitement et conserve une partie de l'urine. De cet état prolongé résulte une phlogose de la membrane muqueuse ; des mucosités se forment, leur séjour produit de l'irritation, la phlegmasie augmente.... On peut obtenir des améliorations temporaires, mais bientôt les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité, la santé générale se détériore, les fonctions se troublent, la fièvre s'allume, le marasme survient, et le malade succombe. »

(2) Je reviendrai sur ce sujet à l'article suivant.

salivations, des crachats, des vomissements et des déjections alvines, ayant une odeur et une saveur urineuses prononcées, dont les auteurs rapportent un assez grand nombre d'exemples, quelques-uns fort curieux. Sous l'influence de cette résorption, tantôt certaines parties du corps sont plus spécialement impressionnées que d'autres, et deviennent le siége d'abcès éliminatoires plus ou moins considérables, dont je m'occuperai plus loin; tantôt l'économie entière souffre d'une sorte d'intoxication, toutes les fonctions se troublent, la constitution dépérit, la fièvre se déclare et persiste, et le malade succombe, sans que l'autopsie révèle aucune altération organique locale de nature à rendre raison de l'événement. Les lésions rénales, constatées après la mort et auxquelles on est trop disposé à attribuer les phénomènes généraux, ne se sont souvent développées qu'après coup. Le fait suivant, que je choisis parmi plusieurs du même genre qui se sont présentés dans ma pratique, m'a paru digne d'être noté.

Un homme à peu près sexagénaire éprouvait depuis longtemps un dérangement notable dans les fonctions urinaires. Divers moyens ayant été employés sans succès, on crut à l'existence de la pierre, et il vint à Paris. Depuis longtemps ce malade vivait au milieu d'une véritable atmosphère urineuse : il trouvait à tous les objets un goût ou une odeur d'urine. Le liquide rendu chaque jour était aussi abondant que chez un homme en santé: cependant le ventre avait beaucoup de volume, et la vessie formait une tumeur qui s'élevait jusqu'à l'ombilic. J'en retirai environ trois litres d'urine fétide et d'un jaune foncé. Il n'y avait point de calcul, mais un désordre extraordinaire régnait dans tous les fonctions; le malade avait perdu depuis longtemps le sommeil, l'appétit et les forces; il y avait de la fièvre, de l'œdème aux membres inférieurs, des taches brunes assez étendues à la peau. Les accidents ne se calmèrent pas après l'évacuation de l'urine : il survint des nausées, des vomissements; la prostration des forces augmenta, et le malade ne tarda pas à périr. Ce qui me frappa surtout chez lui, ce fut la couleur de son teint, qui était d'un jaune de citron foncé, différente toutefois de celle qu'on observe chez les ictériques; le corps entier exhalait une odeur repoussante toute spéciale.

Je n'ai pas à m'occuper ici du traitement que réclame l'état

fébrile dont je viens d'indiquer les principaux caractères. Ce traitement rentre dans celui de la lésion dont la fièvre est la conséquence, particulièrement l'atonie et le catarrhe de la vessie.

Je ferai remarquer seulement que la fièvre, marquant toujours un degré de plus dans le développement et la gravité de la maladie principale, commande un surcroît de précaution dans l'administration des moyens curatifs.

Ce traitement diffère peu de celui dont j'ai tracé les règles en 1840, et par lequel je suis parvenu à ralentir la marche des accidents généraux chez plusieurs calculeux, dans le cas où toute opération était devenue impossible. Je noterai entre autres le malade Brands, dont j'ai cité l'observation (1).

Les résultats que j'ai obtenus, dans quelques-uns de ces cas, malgré l'action incessante de la cause, malgré la marche effrayante des accidents et des complications toujours graves, me paraissent propres à démontrer ce qu'on peut obtenir d'une médication rationnelle dans les circonstances où l'on a presque toujours à combattre l'inertie de la vessie, le catarrhe consécutif et les troubles de la miction.

§ 2. — De la fièvre à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre ou dans la vessie.

Tout homme dans l'urèthre ou la vessie duquel on introduit, pour la première fois, un instrument quelconque, dans le but d'explorer ces organes, d'évacuer l'urine ou de remplir toute indication de diagnostic ou de thérapeutique, éprouve une sensation de brûlure et même une douleur vive, mais qui ne se prolonge pas. Cependant elle peut être suivie accidentellement d'une réaction fébrile, caractérisée tantôt par une sensation de malaise, de faiblesse, d'angoisse, et le plus souvent par un frisson ou un tremblement d'une durée variable, suivi d'une chaleur et d'une sueur qui terminent l'accès, surtout lorsque celle-ci est abondante et qu'elle succède à un frisson régulier et de peu de durée.

(1) *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, in-8. p. 223. Paris, 1840.

N'est-il pas évident pour tous que des opérations trop répétées, surtout si elles sont douloureuses, chez un calculeux déjà épuisé par la maladie, dont les organes sont plus ou moins agacés, produiront une perturbation générale, assez forte pour qu'on ait tout à craindre? Il ne peut y avoir de dissidence à cet égard.

Mais nos confrères de l'opposition ne sont-ils pas tombés eux-mêmes dans une grande confusion? Trop préoccupés de la manœuvre opératoire, ils paraissent ne tenir compte ni des prédispositions individuelles, ni des phlegmasies, ni de la fièvre préexistante, ni même de la maladie pour laquelle l'opération a été faite, etc. Ce sont là des circonstances dont il n'est pas permis à un praticien de négliger l'étude.

Raisonner ainsi, d'ailleurs, n'est-ce pas déplacer la question sans la résoudre? C'est aussi se tenir à côté de ce que constate la pratique de chaque jour. Tous les chirurgiens savent, en effet, 1° qu'un grand nombre de fiévreux n'ont pas subi d'opération. Je signalais, en 1840 (1), les fièvres violentes et continues, les troubles de la digestion, l'exaltation du système nerveux, le dépérissement de la constitution, chez un grand nombre de graveleux qui n'avaient été ni opérés, ni explorés; et j'indiquais l'urèthre et le col vésical, comme les principaux points de départ de ces phénomènes inexpliqués, mais presque toujours en rapport avec le degré, et surtout le mode spécial de la sensibilité morbide de ces organes, et avec les sympathies qu'ils irradient; et j'ajoutais: il en est des graveleux comme des calculeux : quelques-uns souffrent peu, trop peu même, au début de la maladie, et cette circonstance leur devient presque toujours fatale. D'autres, au contraire, quoique la vessie ne contienne qu'un petit nombre de gros graviers ou de petits calculs, éprouvent de formidables accidents. Les moindres douleurs que ces corps étrangers occasionnent au col vésical, ont sur les autres fonctions de l'économie un retentissement dont on ne saurait se rendre raison. J'ai rencontré plusieurs de ces cas, et dans quelques-uns, les malades ont succombé avant qu'on pût songer à une opération pour les débarrasser.

(1) *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, p. 32 et suiv.

2° Lorsqu'une opération a été pratiquée, la fièvre consécutive apparaît, surtout à la suite de l'introduction de la première bougie, du premier cathétérisme, de la première application de la lithotritie. Mais les mêmes opérations, répétées plus tard avec les mêmes instruments manœuvrés de la même manière, chez les mêmes malades, dans des circonstances semblables, sont très rarement suivies de la fièvre. Faut-il rappeler ce que je disais, en 1836, dans le *Parallèle*? Si cette fièvre avait dépendu seulement de l'opération, elle n'aurait pas manqué de se reproduire à la suite de chaque manœuvre ultérieure.

3° Il ne faut pas oublier que la même opération produit des accidents fébriles très différents; dans la lithotritie, par exemple, suivant que la vessie est frappée d'inertie ou en possession d'une contractilité puissante; que les malades sont dans un état d'apyrexie complète, au moment de l'opération, ou attaqués d'une fièvre continue. Si le cas est simple, c'est la fièvre d'accès qui domine, s'il est compliqué, on a sous les yeux, toujours sous l'influence de la même manœuvre, la fièvre irrégulière et à type plus ou moins continu.

4° On sait, en outre, que la même opération est ou n'est pas suivie de fièvre, suivant qu'elle a été pratiquée d'emblée ou à la suite d'un traitement préalable; que le chirurgien a procédé avec régularité et ménagement, ou irrégulièrement et avec violence; que le contact des instruments avec les surfaces muqueuses a été plus ou moins prolongé.

Faut-il ajouter que les fièvres, celles surtout qui sont graves, ne se présentent que de loin en loin, et qu'après en avoir observé plusieurs cas, en peu de temps, il se passe des années entières sans qu'on en rencontre d'autres?

Cependant on insiste pour mettre la fièvre sur le compte de l'opération, et l'on invoque des arguments qui ne sont pas sans valeur, surtout aux yeux des chirurgiens qui n'envisagent que le dehors des choses.

1° La fièvre se déclare, dit-on, quelques heures après l'opération, et rien ne peut faire présumer qu'elle serait venue, si l'opération n'avait pas été faite.

2° A la suite d'une longue maladie de la vessie, à marche régulière et constante, devient-il nécessaire de pratiquer le cathété-

risme? on voit tout aussitôt la fièvre s'exaspérer, et l'état du malade s'aggraver, au point que la mort peut s'ensuivre.

C'est surtout dans les cas d'atonie de la vessie que le chirurgien rencontre ces éventualités. Le malade exploré ou opéré ne souffrait pas auparavant, bien que sa santé déclinât aux yeux de tous, et que l'anéantissement devînt effrayant; mais il n'éprouvait pas de douleurs locales, tandis que la manœuvre en a provoqué une fort incommode, qui rend sa position pire.

Dans ce cas et dans d'autres analogues, le doute ne paraît pas permis; c'est bien réellement, dit-on, l'opération qui a changé la position du malade et provoqué les désordres; aussi n'est-il pas absolument rare qu'on veuille rendre le chirurgien responsable de l'événement, bien qu'il ait agi avec toute la prudence et manœuvré avec toute la dextérité désirables.

Mais si l'on examine avec plus de soin les mêmes faits, sur lesquels on s'appuie et que je viens de rappeler, si on les compare à d'autres plus nombreux, et qui contrastent aussi avec les opinions émises, on s'aperçoit bientôt qu'on s'est trop hâté de conclure, et que ce qui paraissait parfaitement établi, n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

On présente comme très sérieux un argument tiré de mes propres observations et sur lequel je dois m'arrêter. J'ai dit que les manœuvres opératoires les plus prolongées et les plus douloureuses, produisant une grande perturbation dans l'économie, sont celles qui déterminent le plus souvent la fièvre et la plus forte fièvre. Ce fait, que tous les chirurgiens comprennent, qui a pour lui le raisonnement et l'expérience, a été interprété inexactement lorsqu'on a cherché à le donner comme une preuve que la fièvre est la conséquence d'une opération chirurgicale. Il prouve seulement que la fièvre, provenant de toute autre cause, et développée à l'occasion de la manœuvre, peut acquérir, lorsque celle-ci est irrégulière, une intensité et une gravité qu'elle n'aurait pas dans toute autre circonstance.

Ce qui prouve d'ailleurs qu'on a forcé l'interprétation, c'est que la même fièvre peut se déclarer, même avec violence, à la suite de l'opération la moins douloureuse, et même du simple contact d'une bougie molle avec la surface de l'urèthre; or, ce contact ne cause qu'une sensation de brûlure instantanée, absolument

impropre à produire la fièvre avec toutes ses conséquences.

III. L'histoire de l'affection calculeuse offre une particularité que j'ai fait connaître et qu'on néglige à tort. Il s'agit de cas analogues sous plusieurs rapports à ceux qui nous occupent, et du rapprochement desquels on tire des inductions utiles.

Un malade a successivement la gravelle et la pierre; la première cesse, et il repousse contre la seconde toute opération chirurgicale. Il vit avec son ennemi ; souvent même, il se félicite, au sein de sa famille, d'abord de n'avoir plus la gravelle, et ensuite de ce que la pierre, dont on suppose l'existence, le laisse tranquille et ne produit que de petites infirmités très supportables; lorsque tout à coup, sans cause déterminée, sans changement de régime et d'habitude, sans imprudence, sans opération aucune, il est pris d'une fièvre intense, avec besoin fréquent d'uriner ; difficulté de le satisfaire, faiblesse, douleurs vagues, affaiblissement progressif, et la mort arrive en quelques jours. Ces cas se présentent fréquemment. J'en ai cité un grand nombre dans le *Traité de l'affection calculeuse*, et on lira les détails de plusieurs autres, p. 208 et suiv. *Du traitement médical et préservatif de la gravelle et de la pierre.*

IV. Quelques praticiens, au lieu de s'arrêter devant des effets purement mécaniques et de ne voir que l'action irritante et provocatrice de la manœuvre dans la production des phénomènes, en ont cherché ailleurs les causes réelles et effectives : c'est, en effet, dans le malade lui-même, dans l'état de ses organes et dans les désordres produits par les maladies antérieures, par celle surtout pour laquelle on réclame l'intervention de la chirurgie, qu'elles semblent se trouver. On ne doit pas se dissimuler les difficultés de cette étude; elles sont grandes assurément; mais ce n'est pas une raison pour ne pas l'entreprendre. Avec de la persévérance, on peut espérer de les surmonter ; je ne connais pas, d'ailleurs, dans l'état actuel de la science, une autre route à suivre. Les observations qui précèdent et celles que j'aurai à présenter en exposant le traitement, ainsi que les résultats que j'ai obtenus, me paraissent propres à encourager ce genre de recherches.

On avait présenté la diminution de la chaleur animale chez le vieillard comme propre à favoriser la formation de la gravelle,

dont ils sont quelquefois affectés. On invoque aujourd'hui la même cause pour expliquer la fièvre uréthro-vésicale, sous prétexte que les personnes affectées d'une maladie des voies urinaires sont vivement impressionnées par le froid. Je ne m'arrêterai pas à cette hypothèse.

Suivant d'autres chirurgiens, la fièvre serait produite par les lésions rénales, la néphrite en particulier, et cette opinion paraît avoir été adoptée par des praticiens distingués. Il n'est pas rare assurément que les maladies rénales soient accompagnées de fièvre; je pense même que plusieurs états fébriles existant avant l'opération n'ont pas d'autre source : mais c'est un point à l'égard duquel le diagnostic est difficile à établir. On ne saurait admettre avec la même confiance que la néphrite produise les accès de fièvre simple à la suite des opérations.

§ 4. — Diagnostic et variétés de la fièvre.

Si les causes réelles de la fièvre qui nous occupe n'ont pas encore été déterminées avec la précision désirable, si nous sommes réduits à des suppositions à l'égard des principales, il n'en est pas de même des symptômes qu'on a l'occasion d'étudier chaque jour. Mais il faut distinguer ce que j'appelle la fièvre de la maladie et celle qu'on peut désigner sous le nom de fièvre du traitement. Je répète que la première est rarement observée avec les soins nécessaires, tant elle est vague, variable, le praticien n'étant presque jamais appelé que lorsque l'état morbide qui la produit, a fait de grands progrès; aussi passe-t-elle souvent inaperçue. C'est au contraire sous les yeux du chirurgien qu'apparaît, se développe et parcourt ses périodes la fièvre consécutive, à l'égard de laquelle les observations peuvent être aussi complètes que possible, et répétées aussi souvent qu'on le désire. Cette fièvre varie, du reste, suivant les circonstances.

Cas simples.

1° Dans les cas simples, c'est-à-dire lorsque la maladie est circonscrite, que la santé générale est bonne, qu'il y a apyrexie complète au moment de l'opération, si celle-ci est exécutée avec

les soins et les précautions nécessaires, ou il n'y a pas de réaction manifeste, ou, s'il en survient une, c'est la fièvre d'accès simple, modérée et de peu de durée, c'est-à-dire frisson ou tremblement, chaleur et sueur abondante. La marche de l'accès est si régulière, sa durée et sa terminaison sont si constantes qu'on peut indiquer d'avance ce qui surviendra. C'est là ce que j'ai observé des centaines de fois, et il est résulté de là pour moi cette conviction que la fièvre d'accès, dans ces circonstances et dans ces limites, ne constitue pas un accident sérieux, et qu'elle n'exige d'autres soins que de tenir le malade chaudement et au repos, et de favoriser la transpiration, à la suite de laquelle les fonctions de l'économie rentrent dans leur état normal.

2° Lorsque les surfaces de l'urèthre ou de la vessie sur lesquelles on se propose d'agir ont une sensibilité morbide ou exagérée, la manœuvre produit généralement des douleurs plus vives, surtout quand on opère sans les précautions que j'ai tant de fois recommandées ; le frisson et le tremblement ont quelquefois alors plus d'intensité et de durée, si même ils conservent leur régularité ; ils s'accompagnent de douleurs musculaires dans les lombes et les membres, qui persistent pendant la chaleur. Celle-ci est également irrégulière, de manière à faire penser qu'il y a plusieurs accès, les uns à la suite des autres, au lieu d'un accès simple. Il s'y joint de la céphalalgie, un malaise général et une diminution dans la sécrétion de l'urine. Ce sont les mêmes effets et la même réaction, mais à un degré plus marqué.

Toutefois, l'accès fébrile peut se terminer de la même manière. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, il survient une sueur copieuse, sous l'influence de laquelle le malade se sent allégé, soulagé ; sa tête devient libre et il retrouve bientôt un état normal et sa liberté d'action.

Afin de rendre cette sueur aussi efficace que l'exige l'état du malade, je cherche à l'entretenir par un repos absolu, les boissons chaudes, la chaleur ambiante, et, au besoin, par quelques médications intérieures appropriées à chaque cas particulier.

Lorsque la dernière sueur a été très copieuse, la fièvre cesse; cependant, quelques malades conservent, pendant plusieurs jours, de la lassitude, un état de malaise et une sorte de courbature;

quelques-uns même urinent plus souvent, peu à la fois et avec douleur.

Le repos, les bains, les lavements, et un peu de réserve dans l'alimentation réussissent généralement. Dans tous les cas, il faut savoir temporiser.

Cas graves.

On ne doit pas confondre les cas précédents avec d'autres beaucoup plus graves dans lesquels la fièvre, au lieu de cesser, n'a fait que changer de caractère. La sueur, quoique abondante, n'est pas proportionnée à l'intensité, à la durée du frisson et des phénomènes morbides qui l'accompagnent, et l'on n'a obtenu en réalité qu'un soulagement momentané.

Les malades, qui paraissent d'abord faiblement attaqués, conservent la fièvre, dont les accès se reproduisent de plus en plus intenses et irréguliers, au point de se confondre et de ne pouvoir plus être distingués ; elle peut même prendre un caractère pernicieux et entraîner la mort. Ces cas, sur lesquels je reviendrai, rentrent dans la catégorie de ceux qui sont compliqués.

Cas exceptionnels.

Il se présente de loin en loin dans la pratique chirurgicale des hommes exceptionnellement disposés, à l'urèthre et à la vessie desquels on ne peut pas toucher, même avec les plus grandes précautions, sans provoquer des désordres locaux et généraux tellement graves que la mort peut s'ensuivre presque immédiatement. On a vu en effet des malades succomber quelques heures après le cathétérisme, la première application de la lithotritie, et même la simple introduction d'une bougie molle dans l'urèthre.

Dans ces circonstances, heureusement rares, toutes les combinaisons de l'art sont renversées ; le malade est foudroyé, et le chirurgien, stupéfait par cet événement soudain, ne se rend pas compte de ce qui se passe sous ses yeux.

J'ai observé deux de ces cas funestes : l'un après le cathétérisme, l'autre à la suite de l'application de la lithotritie.

Ces événements paraissent être moins rares dans la pratique

d'autres chirurgiens. On en a cité plusieurs exemples récents. La *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1857, donne des détails sur un cas de mort, vingt-quatre heures après l'introduction d'une bougie dans un urèthre rétréci. C'est surtout dans la pratique de M. Velpeau (1) que les faits les plus extraordinaires ont été observés. Il parle d'un imprimeur, bien portant, et seulement atteint d'un léger rétrécissement de l'urèthre. « A ma première » visite, dit ce chirurgien, depuis son entrée à l'hôpital, je lui » passai sans difficulté une bougie fine dans le canal. Le soir » même il fut saisi d'un violent frisson; le lendemain, des symp- » tômes tétaniques se manifestèrent, et il mourut dans la soirée, » vingt-quatre heures après le développement des premiers » symptômes. On ne trouva absolument rien à l'autopsie; les » voies urinaires étaient parfaitement saines.

» Après ce fait si extraordinaire et en même temps si effrayant, » j'en observai encore deux autres, dit M. Velpeau: Un jeune » homme fort et bien constitué entre à l'hôpital; le lendemain du » jour de son entrée, il est sondé. Dans la soirée, il est pris de » frissons violents, et je le trouve le lendemain froid, livide, vio- » lacé, en proie à des accidents cholériformes; il meurt au bout » de quarante-huit heures. A l'autopsie, on ne trouve rien, si » ce n'est un peu d'engouement du poumon.

» Voilà donc, ajoute M. Velpeau, un grand nombre d'exemples » d'accidents les plus graves, et même de morts survenues après » l'opération du cathétérisme, sans qu'on puisse trouver à l'au- » topsie d'autres lésions qu'une très légère maladie de l'urèthre. » Cela mérite donc une grande attention. »

Quatre cas de mort subite, dans un court espace de temps, après une opération aussi simple, aussi facile, dans des circonstances favorables plutôt que mauvaises, et sans qu'on ait eu le moindre pressentiment de ce qui est arrivé, ne légitiment que trop l'émotion profonde que le chirurgien de la Charité exprimait à ses élèves (2).

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité*, publiées par M. Pavillon, t. III, p. 324.

(2) Il paraît toutefois que le savant professeur n'avait pas préparé avec assez de soin la leçon de cette journée, car les accidents du cathétérisme, qui l'ont si profondément ému et dont il reproche avec une sorte d'amertume aux

Quelques praticiens, guidés par des rapports de coïncidence et quelques analogies constatées dans les effets produits, ont pensé que ces événements extraordinaires étaient aussi la conséquence des manœuvres de la chirurgie, les effets ne différant des précédents, suivant eux, que par leur intensité.

En admettant cette action de la manœuvre, seulement comme cause déterminante, je ferai observer : 1° que ce n'est plus ici cette fièvre à type continu dont j'ai tracé les principaux caractères ; ce n'est pas non plus cette autre fièvre d'accès observée dans les précédentes séries de cas ; ce sont des frissons violents, des tremblements convulsifs, avec des angoisses inexprimables, des crampes cholériformes, des suffocations avec prostration, stupeur et altération profonde des traits. 2° Que ces effets sont, pour ainsi dire, instantanés et généraux plutôt que locaux ; les organes qui ont subi l'action des instruments ne présentent le plus souvent rien d'anormal, du moins matériellement. Faisons remarquer d'ailleurs que, dans certains cas, des phénomènes analogues, survenus à la suite d'une première tentative de broiement ou pendant la dilatation de l'urèthre rétréci s'étant terminés d'une manière favorable, on a pu reprendre avec succès l'opération qu'on avait dû suspendre, sans que les malades aient éprouvé rien de semblable ; ces effets, d'ailleurs, sont en dehors de ce que la pratique nous présente.

Évidemment, il y a ici un inconnu plus en relief que dans les autres séries de cas. C'est à des états morbides préexistants, à des prédispositions individuelles non déterminées qu'il faut surtout rapporter ces phénomènes extraordinaires.

Dans le premier cas qui s'est présenté à moi, il y a quelques années, la mort arriva vingt-quatre heures après un cathétérisme évacuatif des plus simples : il n'y avait eu pendant l'opération ni difficultés ni douleur. J'avais sondé le malade dans mon cabinet et il retourna à pied chez lui. Je fus obligé de m'absenter le soir, et j'appris le lendemain qu'il était mort. L'autopsie ne fut pas faite.

L'histoire du malade mort après l'application de la lithotritie

auteurs de n'avoir point parlé, ne sont malheureusement pas rares, et il ne sont pas non plus aussi méconnus qu'il le dit. Je reviendrai sur ce sujet l'article suivant.

doit trouver sa place ailleurs. Je me borne à dire ici qu'il y avait plusieurs pierres et un engorgement considérable de la prostate ; que la séance fut courte, mais très douloureuse : le malade fut pris, dans le bain, d'un tremblement avec un violent frisson. On le remit dans son lit; mais au lieu de cesser et de faire place à une réaction chaude, comme cela a lieu ordinairement, le tremblement persista pendant quelques heures, accompagné de dyspnée et d'une suffocation effrayante : sur ce point cependant, la famille était en quelque sorte rassurée parce que le malade était très replet et qu'il avait eu déjà de petites attaques de suffocation ; mais les accidents persistèrent, quoi qu'on fît ; il survint un état comateux, et le malade succomba. On ne fit pas l'autopsie, et je le regrettai d'autant plus qu'on aurait très probablement découvert, soit dans le cœur, soit dans le cerveau, la cause de ces effroyables phénomènes que j'observais pour la première fois, après la lithotritie.

Cas compliqués.

Dans le plus grand nombre des cas que je viens d'indiquer, le malade soumis à l'opération est sans fièvre, du moins appréciable. La lésion pour laquelle on réclame l'intervention du chirurgien est locale, circonscrite et parfaitement déterminée; d'un autre côté, les fonctions de l'économie s'exécutent régulièrement ; et s'il survient une réaction fébrile, consécutive à la manœuvre, elle se rattache le plus souvent à une contractilité exaspérée de la vessie, et présente des caractères tranchés et à peu près constants.

Chez les malades dont je vais m'occuper, tout est différent. Il s'est opéré dans l'économie, et de longue main, un travail morbide dont on ne parvient pas à constater la nature, à suivre la marche et le développement, mais qui se manifeste par un amaigrissement plus ou moins rapide, par des troubles fonctionnels, et plus particulièrement par cette fièvre continue, dont j'ai indiqué les principaux caractères, et qui sera nécessairement modifiée, exaspérée par l'opération à laquelle le malade va être soumis.

Il ne faut point perdre de vue que dans la majorité de ces cas, il y a inertie de la vessie, et que les effets ordinaires du contact

des instruments avec sa surface interne, peuvent produire une stimulation et une excitation qui dépassent quelquefois la limite qu'on voulait atteindre, et devenir une source de désordres, principalement lorsqu'il existe des lésions organiques, soit de l'appareil urinaire, soit des principaux centres de la vie.

Au lieu de la succession à peu près régulière et constante qu'on observe chez les premiers malades, relativement au frisson, à la chaleur, à la sueur, ou le frisson manque, ou il est irrégulier, partiel, intermittent, entrecoupé par des bouffées de chaleur; ou bien il se prolonge beaucoup et s'accompagne quelquefois d'un état de malaise, d'inquiétude et d'abattement. La chaleur qui suit est sèche, brûlante, incommode; quelques individus la supportent très difficilement.

La sueur, qui forme le complément de l'accès, diffère aussi notablement. Ce n'est plus une transpiration franche, chaude, abondante, qui allége, qui soulage le malade; ce sont le plus souvent de petites sueurs partielles, irrégulières, froides plutôt que chaudes, qui le fatiguent, qui l'accablent et ne le soulagent pas; on doit conclure de là que l'élément morbide, préexistant à l'opération, conserve le dessus, ou qu'il y a des complications méconnues.

Dans ces circonstances, il est presque toujours impossible d'établir, avant d'opérer, un diagnostic complet, et, après l'opération, de faire la part qui revient, dans la production des phénomènes, à la manœuvre opératoire et aux troubles fonctionnels, ou aux lésions organiques qui précèdent. Répétons que la réaction fébrile se manifeste alors par des symptômes extrêmement variables, ainsi qu'on le voit à la suite de grandes violences exercées sur l'urèthre ou la vessie. La transpiration est le plus souvent insuffisante, et rarement elle termine l'accès. Celui-ci reparaît le lendemain, et quelquefois plus tôt ou plus tard, mais toujours irrégulier, transformé, et la fièvre finit par prendre le type continu, avec des paroxysmes.

L'observation suivante, recueillie par l'élève de mon service, donne une idée approximative de ce que le chirurgien est à même de remarquer dans la marche de la fièvre.

Lefèvre (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-trois ans, laboureur, entra dans mon service en 1850.

A la suite d'une blennorrhagie contractée vingt ans auparavant, le malade, travaillant dans les champs, fut pris d'étourdissements qui l'obligèrent à suspendre ses travaux; le sang coula par le nez et par la verge. Le médecin du lieu lui pratiqua deux ou trois saignées et prescrivit des bains.

Depuis cinq années, Lefèvre remarque que parfois il fait des efforts pour chasser l'urine. Ce liquide, toujours clair, dépose une couche très ténue de mucus. Parfois il éprouve des douleurs à l'hypogastre. On a introduit des bougies et des sondes cinq ou six fois, et le malade a passé lui-même des bougies noires sans difficulté ni douleur.

En entrant à l'hôpital, le 25 août 1850, le malade semblait être dans de bonnes conditions. Toutes les grandes fonctions s'accomplissaient avec régularité. Seule, l'excrétion urinaire se montrait difficile, par suite d'un rétrécissement situé sous l'arcade pubienne.

Le 26, une bougie conique, introduite dans le canal, s'engagea dans le point rétréci. Elle fut retirée et remplacée par une sonde d'argent, d'un calibre inférieur à la sonde ordinaire. L'instrument traversa le rétrécissement sans douleur. Le 27, la sonde ordinaire fut introduite, elle arriva dans la vessie et l'urine s'écoula; le lendemain et les trois jours suivants, le malade se trouva mieux. Il passa de bonnes nuits et ne se plaignit que d'une légère douleur dans le canal lorsqu'il urinait.

Le soir du troisième jour, vers six heures, il fut pris d'un frisson qui dura trois heures; il transpira ensuite pendant une partie de la nuit.

La 4 septembre, au moment de la visite, il paraissait fatigué, et vers onze heures, survint un nouveau frisson d'environ deux heures, suivi d'une sueur pendant trois heures à peu près.

Le soir, vers sept heures, troisième frisson jusqu'à dix heures; transpiration toute la nuit.

Le 5 septembre, le malade était bien, mais un peu affaibli; à onze heures, nouvel accès, qui se reproduisit vers sept heures.

Le 6, à l'heure de la visite, Lefèvre ne se plaignit que d'une soif légère. La peau était douce, fraîche, et le pouls sans vitesse.

M. Bricheteau fut appelé, on administra la quinine.

Vers onze heures nouveau frisson pendant deux heures environ; pas de sueurs.

Vers sept heures, autre frisson, pas de sueurs.

Le 7 septembre, le malade est plus faible que les jours précédents. Il y a de l'agitation. L'urine coule facilement, à peu près toutes les deux heures; sa couleur est légèrement foncée.

A onze heures, frisson du matin; pas de sueurs.

A sept heures, frisson du soir. Pas de sueurs.

Le 8, à neuf heures, on aperçut une altération profonde des traits, une grande prostration des forces; la langue était sèche et rude. La teinte jaune des conjonctives et de la peau, qui était naturelle à ce malade, était plus foncée que la veille. Le pouls était petit, précipité; l'urine, toujours rendue facilement, était jaune; des gouttes de ce liquide jetées sur un linge y imprimaient la couleur de la bile.

Les accès ne se montrèrent plus; mais la sécheresse de la langue, de la peau, persistait; le pouls battait 120. L'urine, toujours très foncée, était rendue sans difficulté, mais avec douleur. Le canal et le périnée, devenus douloureux, furent examinés; en arrière du scrotum, sur la ligne médiane, se trouvait une tuméfaction légère qui décelait une infiltration urineuse à son début.

Le 10, les accès de fièvre ne se montraient plus, mais l'état général du malade était des plus inquiétants.

L'état local empirait aussi, et l'infiltration d'urine, qui avait paru spontanément, ne fut même pas limitée par des incisions longues et profondes. Trois jours après, le malade succomba.

Autopsie. — Le tissu cellulaire sous-cutané du pénis était infiltré de sérosité, d'urine et de pus, mais l'infiltration n'avait pas atteint le scrotum.

A la racine de la verge, au-devant du pubis, la peau était soulevée par une légère infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire.

L'incision périnéale, faite pendant la vie, permettait à des instruments d'arriver dans une poche allongée, qui laissait voir l'urèthre à découvert et comme disséqué.

La vessie, remplie d'urine, débordait un peu la symphyse pubienne; elle remplissait tout le petit bassin; une cellule, également distendue, formait, à la droite du rectum, une tumeur égale à une bille de billard.

L'uretère droit était dilaté ; le gauche avait ses proportions normales.

Le rein droit, atrophié, était réduit au tiers de son volume ; le gauche, hypertrophié, était augmenté d'un bon tiers.

A l'extrémité postérieure de la portion spongieuse de l'urèthre existait un rétrécissement long de 3 millimètres, capable de recevoir une bougie n° 6.

Immédiatement en arrière du rétrécissement, une plaque, d'un centimètre de longueur, circonscrivait tout le canal. Cette plaque, d'un blanc grisâtre, rude au toucher, semblait formée par des végétations. Après vingt-quatre heures de macération dans l'eau, elle s'enleva comme l'eût fait une couche faiblement collée au tissu de l'urèthre, laissant au-dessous d'elle une surface très régulière.

En arrière du rétrécissement, aucune ouverture ne communiquait avec l'infiltration extérieure ; mais en avant, à droite, immédiatement au-dessous du corps caverneux correspondant, deux ouvertures placées l'une en avant de l'autre, communiquaient avec la poche de l'abcès, qui se prolongeait jusqu'au périnée et qui laissait à nu une partie de l'urèthre.

La prostate ne formait point de saillie, cependant elle était enflammée ; son tissu était noirâtre et infiltré de pus bien formé.

Le col de la vessie ne présentait rien de particulier. La couche musculeuse de la vessie était hypertrophiée avec des colonnes, faisant saillie à l'intérieur.

A droite, et environ deux centimètres au-dessus de l'uretère, se trouvait l'ouverture d'une cellule dont les parois étaient constituées par la membrane muqueuse et des plans musculaires.

Rien de particulier dans les reins et les uretères, si ce n'est un peu de dilatation dans ceux-ci, et quelques traces de pus dans ceux-là.

Ce qui domine la position dans ces circonstances, c'est l'inquiétude, le malaise, l'abattement du malade, qui persistent après l'accès, demeuré incomplet.

Dans le traitement en général, ce qui m'a paru le plus prudent et le plus utile, c'est de se borner d'abord, comme dans les cas précédents, à tenir chaudement et au repos le malade

qu'on vient d'opérer, et chez lequel on craint la fièvre. Rarement il m'a paru indiqué de recourir aux toniques, aux cordiaux, ainsi qu'on le fait en Angleterre (1).

Dans les cas les moins graves, sous l'influence de cette médication simple, ou plutôt d'une série de précautions, le calme s'établit; la chaleur revient à la peau, et l'on obtient une transpiration sans frisson préalable; il faut s'en féliciter; souvent elle est suivie, peu de temps après, d'un accès régulier plus complet, par lequel la fièvre se termine.

Quelquefois cette réaction bienfaisante se fait attendre. Le chirurgien doit persévérer dans une pratique expectante, jusqu'à ce qu'il y ait des indications particulières nettement tracées.

J'ai dit qu'on observe spécialement cette fièvre, irrégulière et parfois très grave, dans les cas d'inertie simple de la vessie, lorsque ce viscère est resté longtemps distendu par l'urine. Le seul passage de l'état de plénitude à celui de vacuité, obtenu par l'évacuation artificielle de ce liquide, est suivi de la fièvre; mais elle ne se manifeste pas toujours immédiatement, comme on le voit, après le simple cathétérisme; ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'état fébrile préexistant s'exaspère avec des formes variées, et trop souvent insidieuses, qui tiennent le chirurgien dans l'incertitude.

J'ai eu de fréquentes occasions d'observer cette marche irrégulière de la fièvre, surtout lorsque la maladie qui réclame l'opération est ancienne et compliquée, soit de lésions organiques graves, soit d'un grand délabrement de la constitution, et je me suis assuré qu'il y a toujours avantage à soumettre les malades à un long traitement préparatoire, et à ne recourir à l'opération qu'après avoir écarté les phénomènes morbides préexistants : même alors le premier contact des instruments est quelquefois suivi d'un mouvement fébrile irrégulier, qui oblige de suspendre le traitement.

Chez divers calculeux, surtout lorsqu'il existe des complica-

(1) Sir B. Brodie recommande surtout d'éloigner du malade tout ce qui pourrait contribuer à produire le frisson : après l'opération, il le place dans un lit chaud, et il prescrit les boissons chaudes et fortifiantes et un repos absolu (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXVIII, p. 169, mars 1855).

tions, la fièvre ne se manifeste pas seulement après la première application de la lithotritie, comme cela a lieu ordinairement; elle se reproduit après chaque séance. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois, et tout récemment encore, chez un homme dont le nom est cher à la médecine française, et dans la vessie duquel nous avons trouvé une grosse pierre et une tumeur du col vésical, qui a rendu l'opération de la lithotritie aussi douloureuse que difficile. Chaque séance, quoique très courte, faite à de longs intervalles, et avec des précautions extrêmes, a été suivie d'un accès de fièvre. A la vérité, il n'a jamais persisté et s'est toujours terminé par une sueur abondante salutaire.

J'ai l'intime conviction qu'en s'écartant, dans les cas semblables, de la marche que j'ai adoptée, en faisant de longues séances et en manœuvrant d'emblée, avec brusquerie, comme cela a lieu trop souvent, la réaction fébrile entraînerait la mort en peu de jours.

§ 5. — Traitement de la fièvre.

1° *Considérations préliminaires.*

Les observations qui précèdent sur l'ensemble des phénomènes morbides dont je viens de présenter le tableau en raccourci, ne permettent pas de douter que plusieurs points de cette partie importante de la chirurgie des voies urinaires, n'ont pas été suffisamment étudiés; que le diagnostic, notamment, est souvent incomplet, et que, par suite, les applications des moyens thérapeutiques laissent beaucoup à désirer. Quelques remarques sur ce sujet doivent trouver ici leur place.

Il est nécessaire de rappeler en peu de mots les distinctions précédemment établies.

Il ne s'agit pas, comme quelques personnes paraissent le penser, d'une fièvre unique qui peut être traitée de la même manière. Cette fièvre présente au contraire des différences essentielles, relativement à son point de départ, à ses causes, à sa marche, à ses complications et à sa terminaison.

1° La fièvre provient tantôt de l'urèthre et tantôt de la vessie, et, suivant qu'elle est uréthrale ou vésicale, elle se présente

avec des différences tranchées. La première est fort rare chez les malades qui n'ont pas subi l'opération (1), tandis que la seconde se manifeste fréquemment et avec des caractères très divers.

2° Après l'opération, la première est fréquente ; ses caractères sont variés et quelquefois très alarmants ; la seconde est plus rare, et si l'on parvenait à soustraire l'urèthre à l'action des manœuvres exécutées dans la vessie, cette fièvre serait beaucoup moins sérieuse qu'on ne pense.

3° Relativement à la thérapeutique, je n'ai pas remarqué que la provenance de la fièvre exerçât une grande influence dans les indications et la manière de les remplir.

4° Il n'en est pas de même pour les causes : suivant que la fièvre dépend des maladies préexistantes, que j'appellerai causes internes, ou de causes externes, c'est-à-dire des manœuvres chirurgicales et de tout ce qui en dépend, le traitement diffère beaucoup.

5° Chez les malades, malheureusement très nombreux, où les deux ordres de causes ont également concouru à produire la fièvre, le cas devient parfois très embarrassant, ainsi qu'on l'a vu dans l'exposé des faits, et que je le démontrerai dans les observations suivantes.

6° Dans les cas très compliqués, où les maladies de l'appareil urinaire sont accompagnées de lésions des autres organes, la fièvre provenant de l'une et de l'autre source, présente des différences que le chirurgien ne doit point perdre de vue.

7° La fièvre diffère essentiellement dans sa marche et sa terminaison, suivant que la vessie conserve une contractilité

(1) La rareté de la fièvre dans ces cas n'est pas la partie la moins remarquable de son histoire. On voit souvent des hommes dont l'urèthre est depuis longtemps le siége d'une phlegmasie considérable ; son produit puriforme salit plusieurs serviettes chaque jour ; après la mort on constate les plus grands désordres dans la partie profonde du canal, et cependant les malades n'avaient pas de fièvre.

D'autres sont affectés de rétrécissements qui apportent pendant longtemps de grandes difficultés à l'expulsion de l'urine, ou derrière lesquels s'arrêtent et se développent des calculs urinaires au point d'acquérir un volume énorme et de produire de graves désordres ; il est rare aussi d'observer la fièvre. Nous avons vu, d'un autre côté, que le simple contact accidentel d'une bougie molle avec la surface de ce canal suffit pour la provoquer.

puissante ou qu'elle est frappée d'inertie; ces différences font la base du traitement.

8° Une autre différence non moins importante provient de la manière dont on procède aux opérations, soit dans l'urèthre, soit dans la vessie.

Dans ces circonstances diverses, la position du chirurgien est souvent difficile. D'un côté, il est en face d'un état fébrile dont les effets, très variables, diffèrent essentiellement de ce qu'on observe dans les autres espèces de fièvre d'accès; ces effets seraient même de nature à faire naître l'incrédulité, si l'on n'était pas à même de les constater, et si l'histoire des maladies des voies urinaires n'était pas remplie de faits anormaux plus inexplicables les uns que les autres.

D'un autre côté, le praticien ne saurait rester dans l'inaction, en face d'un état morbide qui s'aggrave chaque jour, et qui compromet la vie des malades. Mais trop souvent les indications manquent, ou il y a impossibilité de remplir celles qui se présentent.

Au lieu d'une bonne théorie, telle que la conçoivent les bons esprits, qui est déduite d'observations complètes et habilement rapprochées, et qui fait la base de toute pratique rationnelle, le chirurgien a devant lui une masse de faits pratiques, d'une grande valeur sans doute, mais incohérents, variables à l'infini et souvent contradictoires, qui le placent dans la nécessité d'adopter des médications manifestement trop empreintes d'une essence empirique. Quoi qu'il en soit, en tenant compte des observations qui précèdent et en suivant la voie expérimentale que j'ai indiquée, on ne saurait contester qu'au double point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique, l'intervention de l'art a une portée réelle, effective, qui mérite à tous égards de fixer l'attention des praticiens.

Ce n'est pas sans quelque surprise qu'on a entendu la déclaration suivante de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité (1) : « Le plus important à connaître actuellement serait le traitement; malheureusement je ne puis rien vous dire à son sujet;

(1) *Loc. cit.*, p. 330.

comme traitement préservatif, il est impossible de rien déterminer, puisque les accidents arrivent dans les circonstances les plus opposées, quand le canal est libre ou à peu près, quand le cathétérisme est facile ou pénible. Comme traitement curatif, je ne vous éclairerai guère plus. » Lorsque ce célèbre chirurgien a prononcé ces paroles désespérantes, l'art n'en était pas réduit à cette regrettable pénurie; il était en possession de ressources d'une efficacité constatée, je reproduirai celles auxquelles j'ai le plus ordinairement recours :

Une longue expérience m'a prouvé que, toutes choses égales d'ailleurs, et à l'exception de certains cas qui ont été indiqués, la fièvre qu'on observe à la suite d'une opération est d'autant plus fréquente, plus grave et plus difficile à guérir, que les manœuvres opératoires ont causé une plus forte somme de douleurs, et que les organes n'étaient point préparés à supporter le contact des instruments. Mais j'ai acquis aussi la preuve qu'en soumettant l'homme qui doit être opéré, à un traitement particulier, on parvient sûrement, sinon à écarter toujours, du moins à diminuer les inconvénients de l'opération (1). J'ai fait connaître ce traitement, dans mes ouvrages précédents et dans une communication spéciale faite à l'Académie des sciences, dont je reproduirai les principales parties; l'importance du sujet me fera pardonner quelques répétitions relativement à la manière dont je procède et aux moyens que j'emploie dans le but de faciliter les opérations, de les rendre moins douloureuses, d'en assurer davantage le succès, et de prévenir, autant que cela est possible, la fièvre, les désordres inflammatoires et nerveux, qui font l'objet de ce chapitre.

2° *Traitement préparatoire.*

Jusqu'à présent des moyens généraux, calmants ou sédatifs, du ressort de la médecine, ont fait la base de la préparation des

(1) L'utilité de cette préparation, mise chaque jour en évidence dans ma pratique particulière et à l'hôpital, en face d'une nombreuse assistance, ne me paraissait pas contestable. Je m'étais trompé, et je dus, en 1840 et 1857, repousser les attaques dont elle avait été l'objet de la part d'un chirurgien éminent. (*Voy. ma VIe lettre sur la lithotritie et le traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, p. 194).

malades, lorsqu'on a jugé utile d'y recourir, car, dans la majorité des cas, la plupart des chirurgiens pratiquent d'emblée, c'est-à-dire, sans y disposer à l'avance les organes, le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, l'uréthrotomie et jusqu'au broiement de la pierre dans la vessie.

Mais, soit qu'il agisse sans recourir à aucune préparation, soit qu'il s'en tienne aux médications générales, qui n'ont aucune action directe sur la sensibilité normale ou exagérée des parties, le chirurgien place le malade dans des conditions défavorables au succès de l'opération, et de plus, il l'expose à des accidents sérieux. La démonstration de ce fait important est des plus faciles.

A l'état normal, chez la plupart des hommes, je pourrais dire chez tous, la membrane interne de l'urèthre, du col et du corps de la vessie, est pourvue d'une telle sensibilité que tout contact d'un corps étranger, et toute manœuvre opératoire sont péniblement supportés. Aussi le simple cathétérisme est-il un objet d'effroi pour tous les hommes. Dans l'état de maladie cette sensibilité est encore plus grande.

Si, au lieu d'une simple sonde, on introduit dans l'urèthre ou la vessie le porte-caustique, l'uréthrotome, le lithoclaste, ou tout autre instrument qui, à raison de son volume, de sa rigidité, distende, redresse ou froisse ces organes, il est évident que l'opération déterminera des souffrances bien autrement vives encore.

Enfin, si au lieu d'être instantané, le contact de l'instrument avec les surfaces de l'urèthre et de la vessie se prolonge; si l'on exécute dans ces parties des mouvements étendus et répétés; si surtout on attaque leur texture par le cautère ou par l'instrument tranchant, il est facile de comprendre les extrêmes douleurs auxquelles les malades seront soumis, ainsi que les effroyables réactions dont la pratique ne nous offre que trop d'exemples.

Ce sont ces conditions déplorables de la chirurgie des voies urinaires que je me suis attaché à modifier ou à changer; et j'ai hâte de dire que l'art est aujourd'hui en possession d'un moyen simple, certain et à la portée de chacun, d'atténuer directement la sensibilité de l'urèthre et de la vessie au point de rendre très supportables, comme aussi beaucoup plus faciles et plus

exemptes de réaction, les opérations qu'on est appelé à pratiquer sur ces organes. Ce progrès, réalisé depuis plusieurs années, est établi sur une longue expérience, et désormais à l'abri de toute contestation.

Le traitement préparatoire que j'ai institué n'est que l'application d'une loi de physiologie que tous les médecins connaissent. Il est constaté, en effet, que le contact ménagé, régulier et souvent répété d'un même corps avec les surfaces muqueuses, a pour conséquence à peu près constante, d'émousser la sensibilité de ces surfaces et de modifier leur vitalité. C'est par l'observation attentive de cette loi que j'ai été conduit, dès le début de ma pratique, à me préoccuper de la préparation des malades que je devais opérer. Quant au procédé, à son emploi et aux conditions les plus propres à en assurer le succès, ces détails ont été réglés par l'expérience, et sont exposés dans mon *Traité de la lithotritie* et dans l'ouvrage que je publie aujourd'hui.

Le moyen qui me paraît mériter la préférence, et que je ne crains pas de recommander à l'attention des chirurgiens, consiste dans l'usage des bougies molles, en cire, instrument fort commun, très usité en chirurgie, et dont j'ai soumis l'emploi à des règles déterminées et précises, de manière à rendre son action plus douce et plus sûre.

On porte dans l'urèthre une de ces bougies très fines, très lisses et très molles, qu'on retire immédiatement. Cette opération est répétée le lendemain et les jours suivants. Si le canal est très irritable, la bougie est retirée dès que le malade commence à souffrir, sans même qu'elle ait pénétré profondément; elle n'arrive quelquefois à la vessie que du troisième au cinquième jour.

En procédant avec une extrême lenteur, sans mouvements saccadés, à l'entrée comme à la sortie de la bougie, et en ne la laissant jamais séjourner, elle n'occasionne qu'une douleur très légère, qui cesse bientôt, et, chaque jour ensuite, son introduction est de moins en moins sentie. A la première bougie on en substitue une un peu plus volumineuse, et l'on arrive ainsi très graduellement jusqu'à celles qui remplissent la capacité normale de l'urèthre.

Pendant cette préparation locale, qui exige de huit à douze

jours, le chirurgien combat l'irritation générale et les états morbides qui peuvent exister; il modifie le régime, régularise l'exercice des fonctions, et, par des observations journellement répétées, il se trouve en position d'acquérir une connaissance plus complète de l'état local et général du malade, de faire un choix plus judicieux de la méthode et du procédé auxquels il convient de recourir, de saisir les indications particulières, en un mot, d'arrêter son plan de conduite, avec toute la certitude désirable ; conditions qui échappent en partie lorsqu'on opère d'emblée, et qui ont cependant une grande part au résultat du traitement.

La somme des petites douleurs que détermine la bougie dans un urèthre non rétréci, et pour le seul but d'en diminuer la sensibilité, n'a rien de comparable avec celles qu'occasionne ordinairement un seul cathétérisme pratiqué à la première visite; aussi n'ai-je jamais observé d'accidents sérieux pendant ce traitement préparatoire, que j'ai appliqué des milliers de fois et presque toujours avec les plus grands avantages.

De même dans la vessie : là après avoir émoussé la sensibilité de l'urèthre, on fait ordinairement tous les deux jours, et pendant une, deux ou trois semaines, des injections d'eau tiède dans ce viscère. Le contact du liquide modifie la sensibilité de sa face interne; les mouvements alternatifs et répétés d'écartement et de rapprochement de ses parois modifient et rétablissent leur contractilité, et par l'action répétée de ces procédés, graduellement augmentée et réglée suivant les indications, la cavité vésicale se présente avec des conditions entièrement nouvelles.

Le fait de l'insensibilité de la surface vésicale est mis en plus grande évidence encore par les applications de la lithotritie. Les premières séances sont souvent douloureuses et suivies d'accidents ; mais à mesure qu'on les multiplie, pourvu qu'on ne les prolonge pas et qu'on évite toute violence, le malade souffre de moins en moins. Dans les explorations terminales, par exemple, on promène les instruments lithotriteurs sur la surface interne de la vessie sans provoquer de douleurs vives et sans qu'on ait à redouter la moindre réaction. Or, ces explorations, dans lesquelles toute la séance se passe en recherches, sont la partie la plus douloureuse du traitement; et, au début, le malade ne les

aurait pas supportées. Ce sont là des effets constants et qui se produisent tous les jours. Dans ces diverses circonstances, l'insensibilité des organes peut être obtenue de manière à rendre supportables aux malades les opérations les plus laborieuses et à prévenir les troubles fonctionnels et les dangers qu'elles entraînent lorsqu'on opère d'emblée.

La loi qui sert de base à cette pratique était connue sans doute depuis longtemps; mais elle n'avait pas été l'objet d'une étude suivie et d'une application raisonnée aux opérations dont je me suis spécialement occupé. C'est, je le répète, à l'occasion de la lithotritie, que j'ai cherché et obtenu d'abord la préparation des malades par la diminution de la sensibilité de l'urèthre et de la vessie. Appliqué ensuite, avec les mêmes avantages, aux autres opérations, ce traitement préliminaire a ouvert à la chirurgie des organes urinaires une voie nouvelle et féconde en résultats utiles.

Pour en comprendre toute l'importance, il faut avoir assisté à une série d'opérations pratiquées sur des malades préparés et non préparés. Les premiers, déjà familiarisés avec l'introduction des bougies, se soumettent tout d'abord et sans difficultés à ce qu'on leur propose; et qu'il s'agisse d'explorations ou d'opérations dans la vessie ou dans l'urèthre, la manœuvre prudemment conduite est toujours facilement supportée. La sensibilité des surfaces muqueuses étant diminuée, la contractilité des tissus sous-jacents n'est pas activement mise en jeu; les instruments glissent mieux, les frottements sont plus légers; les mouvements, toujours faciles, n'exigent aucun effort, et les sensations arrivent au chirurgien avec toute la netteté désirable. La réaction est presque nulle.

Les seconds, au contraire, préoccupés et inquiets, ne se décident qu'à la dernière extrémité, vaincus en quelque sorte par la force des exhortations. A peine l'instrument a-t-il pénétré quelque peu, que les douleurs commencent et s'accroissent, devenant d'autant plus fortes que la sensibilité de la surface muqueuse excitée, provoque la contraction des tissus sous-jacents. L'instrument serré dans l'urèthre et au col vésical, ne peut être mû sans efforts et sans occasionner des frottements pénibles, que le chirurgien le plus habile ne réussit pas à éviter, et qui s'opposent à la per-

ception des sensations tactiles, dont il a tant besoin, ou les rendent confuses en les compliquant.

Mais c'est par leurs suites surtout que se manifestent les principales différences entre des opérations pratiquées dans des conditions si dissemblables, qu'il s'agisse d'une coarctation uréthrale, de calculs ou de fongus dans la vessie. Chez le malade convenablement préparé et opéré suivant les préceptes de l'art, il ne se manifeste que de loin en loin des accès de fièvre. L'art est rarement obligé d'intervenir, l'équilibre des fonctions se rétablissant presque toujours de lui-même.

Dans la grande majorité des cas au contraire, lorsqu'on a opéré sans préparation, et alors même que la manœuvre a été la plus régulière, il survient une réaction plus ou moins vive, déterminant des troubles fonctionnels intenses, des fièvres opiniâtres ou des mouvements nerveux parfois très graves. Ces accidents sont si communs que plusieurs praticiens éclairés les considérant comme inévitables, restent inactifs dans les cas accessibles aux procédés de l'art, par la crainte de les voir survenir.

On ne placera pas sur la même ligne les effets du traitement préparatoire que je viens d'indiquer et les résultats recherchés et obtenus par les anesthésiques (1). Ce sont des indications, des procédés, des actions organiques d'ordre essentiellement différent.

Dans le premier cas on se propose directement une diminution lente et progressive de la sensibilité d'un organe déterminé, afin de le disposer à supporter l'opération qu'on a l'intention de pratiquer sur lui. L'action est exclusivement locale, et ne change en rien les conditions générales de l'organisme.

En usant des anesthésiques, le praticien laisse de côté l'organe sur lequel il veut agir ; c'est au système nerveux, au centre de la vie et de la perception, et par suite à l'ensemble de l'économie qu'il s'attaque.

(1) Je n'ai pas à discuter l'utilité des anesthésiques dans la pratique générale de la chirurgie ; mais je ne saurais trop m'élever contre l'abus qu'on en fait dans le traitement des maladies des organes urinaires.

A l'exception de la cystotomie, de l'uréthrotomie externe et de quelques autres opérations assez rares, l'emploi du chloroforme est non-seulement inutile, mais susceptible de faire commettre de graves méprises et de causer de grands malheurs.

Par mon traitement préparatoire on diminue effectivement l'irritabilité de l'organe ; par les autres on la déguise, ou la suspend.

Le premier laisse au malade le plein exercice de ses facultés, l'appréciation de l'action exercée sur lui, la possibilité de commander à ce qui l'entoure ; les autres le plongent dans un anéantissement intellectuel et moral absolu, et le soustraient momentanément à la vie de relation.

Je ferai remarquer en terminant que les effets sur lesquels j'appelle l'attention des praticiens, sont obtenus par l'emploi des mêmes bougies, des mêmes sondes, des mêmes instruments lithotriteurs et autres que nous voyons tous les jours produire des effets diamétralement opposés et même des accidents formidables. C'est à la manière seule de procéder qu'il faut rapporter la différence dans les effets produits.

Quelques praticiens ont adopté mon traitement préalable ; et n'ayant pas réussi dans les applications qu'ils en ont faites, ils sont partis de là pour assurer que j'avais exagéré au moins l'importance de ce traitement. Je n'ai rien exagéré ; ces chirurgiens semblent ne pas comprendre que les mêmes moyens, dans toutes les mains, ne produisent pas toujours les mêmes effets. Faut-il s'en étonner? Ajoutons que ces chirurgiens ont adopté et suivent une direction qui leur est propre et qui diffère essentiellement de celle dont l'expérience m'a prouvé l'utilité.

Ainsi, il est constaté que les bougies de cire molle, en raison de leur souplesse et de leur aptitude à se prêter aux courbures du canal, sont les plus propres à produire dans l'urèthre l'action qu'on recherche, et qui est d'autant plus certaine, qu'on introduit ces bougies avec plus de précautions, et qu'on les laisse séjourner moins longtemps dans le canal. Pourquoi préférer d'autres instruments qui tiraillent, froissent, irritent la surface uréthrale? Pourquoi s'obstiner à procéder avec précipitation, force et violence à leur introduction? Pourquoi les laisser en place dix, vingt minutes, une heure, et même davantage? N'est-il pas de connaissance vulgaire que de telles manœuvres, avec de tels instruments, produisent des effets opposés à ceux qu'on recherche et entraînent les conséquences les plus graves? Eu égard à l'insensibilité de l'urèthre, la différence dans les effets observés

par ces chirurgiens est une conséquence naturelle de la manière dont ils ont procédé ; mais parce que l'on s'est écarté de la règle on ne saurait être admis à rendre les instruments et les procédés dont nous nous occupons passibles des erreurs commises par ceux qui les appliquent.

Quelques praticiens, toujours disposés à donner la préférence aux moyens du ressort de la médecine, pour la préparation des malades, insistent sur l'emploi des préparations d'opium et même de quinquina, etc.

Mais l'insuffisance des opiacés, aussi bien que leurs inconvénients, sont parfaitement connus des chirurgiens ; je n'ai pas à revenir sur leur compte. Si l'on en modère la dose, l'effet est nul ; si on l'augmente, on place le malade dans des conditions plutôt nuisibles qu'utiles au succès de l'opération. Quant aux préparations de quinquina qu'on a proposées dans ces derniers temps et qui paraissent trouver faveur aux yeux de quelques chirurgiens, il y a une distinction à faire. Si cette médication a pour but unique, ainsi qu'on le dit, de prévenir la fièvre, on ne la comprend pas ; elle n'est pas rationnelle et elle contraste d'ailleurs avec la théorie qu'on cherche à accréditer sur cette fièvre consécutive. Cependant on cite des faits et des autorités en faveur de cette médication, dont l'efficacité serait, dit-on, constatée; peut-être n'a-t-on pas fait la part de l'erreur et de l'interprétation qui occupent trop souvent une grande place dans ces questions. J'aime mieux croire que, sans dire toute leur pensée, les praticiens auxquels je fais allusion n'ont proposé l'emploi de la quinine, plus ou moins longtemps avant l'opération, qu'afin d'atteindre l'état fébrile qu'ils avaient constaté chez leurs malades. Dans cette supposition, le but et le moyen sont parfaitement compris : c'est un traitement préparatoire mais incomplet, et insuffisant dans beauconp de cas.

3° *Traitement curatif.*

J'ai fait connaître dans mes ouvrages antérieurs, et je viens de rappeler dans les observations qui précèdent, les principaux moyens curatifs auxquels j'ai recours contre la fièvre uréthro-

vésicale, quand il ne m'a pas été donné de la prévenir (1).

1° Dans les cas simples, qui sont aussi les plus communs, le traitement se réduit à des précautions tendant à réchauffer le malade et à favoriser la transpiration. Il suffit, en effet, d'obtenir une sueur abondante pour que l'accès de fièvre, qui s'est manifesté après l'opération, ne revienne pas. La nature, en se révoltant contre l'élément morbide, fait à elle seule tous les frais du traitement, sans que la chirurgie ait à intervenir d'une manière active. C'est là un point de pratique parfaitement déterminé.

2° Lorsqu'il s'agit de cas graves, compliqués, tout est différent. La conduite du praticien le plus attentif et le plus judicieux devient souvent très difficile. Il ne connaît pas la cause réelle de la fièvre, qui persiste, qui revient quoi qu'on fasse; il ne saisit pas les rapports existant entre les effets qu'il observe et les circonstances dont il serait tenté de les faire dépendre. Pour lui, en ce moment, tout est confusion, et il se défend avec peine contre les théories par lesquelles on a essayé d'aplanir la route. Je crois avoir établi, en étudiant, quelques pages plus haut, les causes de la fièvre, qu'on s'était exagéré l'influence des manœuvres chirurgicales et qu'on avait laissé de côté les causes qui me paraissent jouer le principal rôle. Il est nécessaire d'insister sur ce point, qui fait la principale base de la thérapeutique et sur lequel mes vues sont arrêtées depuis longtemps : ce que prouvent les trois faits suivants, que je choisis à dessein parmi des centaines d'autres ; l'un au début, un autre dans les derniers temps de ma pratique, et l'autre dans l'espace intermédiaire.

1° Le premier est de 1829. Ce calculeux avait une grosse pierre friable, un catarrhe de vessie purulent, avec écoulement involontaire de l'urine, perte totale de l'appétit et du sommeil, fièvre continue, maigreur extrême; le malade quittait à peine le lit. Cependant je crus pouvoir l'opérer par la lithotritie, et non-seu-

(1) J'indiquais ce traitement : 1° en 1829 dans une note sur le catarrhe vésical (*loc. cit.*); 2° en 1836, dans le *Parallèle* où il est dit, p. 172 : « que dans les cas simples, l'accès de fièvre se termine le premier jour par une sueur abondante..... que l'accès reparaît dans un petit nombre de cas, lorsque le frisson n'est pas suivi d'une sueur abondante. »

L'exposé de ce traitement est reproduit dans le *Traité pratique de la lithotritie* et dans ce volume, aux chapitres Catarrhe et Atonie de la vessie. Je ne présenterai ici que de courtes observations.

lement le succès de l'opération fut complet, mais encore il ne survint aucun accident; la fièvre habituelle ne fut même pas exasperée par la manœuvre, et la santé générale se rétablit à mesure que la pierre était détruite. Les résultats que j'avais obtenus dans des circonstances analogues me garantissaient le succès à tel point que je n'hésitai pas à opérer ce malade en présence de M. le professeur A. Dubois, qui devait subir lui-même, quelque temps après, la même opération, qu'on lui avait représentée pleine de périls, et dont ce fait seul lui aurait, au besoin, prouvé l'innocuité.

Assurément, si la manœuvre devait produire la fièvre et le catarrhe vésical, ainsi qu'on le prétend, ce serait dans les cas analogues à celui que je viens d'indiquer. Il n'en est pas ainsi; il est même prouvé qu'au moyen des précautions déjà indiquées, on prévient le plus souvent toute réaction fébrile.

2° C'est en 1836 que j'opérai le second malade, M. Roulet (de Marseille), dont j'ai publié l'observation p. 108 de ma *Cinquième lettre sur la lithotritie*. Ce malade et le suivant rentrent dans la catégorie de ceux à l'urèthre et à la vessie desquels il est difficile de toucher sans déterminer des accidents et la fièvre en particulier; elle survint, en effet, chez M. Roulet, trois jours après la première séance de lithotritie, ce qui fut attribué à la manœuvre, et ce qui tenait en réalité à d'autres causes. Quoi qu'il en soit, la fièvre qui existait depuis longtemps fut exaspérée sous forme d'accès, avec besoins fréquents d'uriner, douleur pour les satisfaire, malaise, abattement, prostration des forces, douleurs vagues, et un tel dégoût pour toute alimentation, qu'on n'était pas sans inquiétnde sur les suites de cet état, qui dura plusieurs semaines. Encore une fois, tout ce cortége fut accolé à la manœuvre de la lithotritie par un médecin célèbre que j'avais fait appeler; il est inutile de lutter contre les partis pris; je laissai croire. Cependant, le confrère revint un peu de sa prévention lorsqu'il apprit par la famille et par le malade lui-même que celui-ci avait eu, dans le cours de sa maladie, et sans cause appréciable, plusieurs crises en tout semblables et qui avaient aussi persisté fort longtemps. Faut-il dire que M. Roulet n'avait aucune inquiétude sur ce qu'il éprouvait. Il voulait même qu'on passât outre à la continuation de l'opération; mais moi, qui n'étais pas

aussi rassuré que lui, je ne me décidai à faire une nouvelle séance que plusieurs mois après.

Il était évident pour moi que nous avions affaire à un malade chez lequel la sensibilité exagérée, et la vitalité de l'appareil urinaire profondément modifiée par la maladie, rendaient pour ainsi dire insupportable le contact des instruments, aussi bien que le séjour de la pierre; et que c'était là la véritable source des accidents graves survenus à différentes reprises et qui s'étaient reproduits trois jours après l'opération. Tous nos soins furent dirigés contre cette disposition vicieuse et contre l'état morbide général. Ils eurent le résultat qu'on en attendait, et finalement M. Roulet fut placé dans la position de supporter les opérations qui devaient le débarrasser de la pierre, non sans douleur, car il souffrit toujours beaucoup, mais sans suites fâcheuses. La fièvre et les phénomènes généraux que nous avions observés, et qu'on redoutait par-dessus tout, ne reparurent pas à la suite des nouvelles séances de lithotritie.

3° Plus de vingt ans après, en 1858, j'opérais M. Rosaven (de Quimper), qui avait éprouvé aussi pendant la maladie des accidents très sérieux et très opiniâtres. Cependant, l'irritabilité de l'urèthre et de la vessie paraissait être modérée ; ce qui distingue spécialement ce cas du précédent, dans lequel elle était excessive. Il ne fallut même qu'un traitement préparatoire de quelques jours pour placer M. Rosaven dans des conditions en apparence favorables. J'avais remarqué toutefois un peu de fréquence dans le pouls et une certaine agitation fiévreuse pendant la nuit qui ne me laissaient pas absolument sans inquiétude, et par suite, je procédai à l'opération avec une grande réserve. Bien m'en prit, car deux jours après cette tentative de lithotritie, si peu douloureuse que le malade se croyait guéri le lendemain, il survint spontanément une fièvre continue, vague, irrégulière, avec fréquence et petitesse du pouls, inappétence complète, prostration, angoisse, douleurs de tête et du dos, suppression d'urine, etc., qui firent craindre une terminaison fatale. Les médecins qui voyaient le malade avec moi conservaient peu d'espoir de le sauver.

Eh bien! ici encore, sous l'influence d'un traitement général approprié, les phénomènes morbides ont cessé; la santé et les

ces sont revenues, et l'opération a été reprise sans provoquer la
s petite réaction fébrile ; le malade est guéri.

Est-il nécessaire de répéter que si, dans ces cas, et leurs ana-
ues, en très grand nombre, la fièvre et les phénomènes mor-
es avaient été la conséquence de la manœuvre chirurgicale,
se seraient reproduits à la reprise du traitement?

Dans les circonstances semblables, sous quelque forme que se
duisent la réaction fébrile et ses suites, qu'elles se déclarent
elques heures après l'opération ou seulement un ou plusieurs
rs plus tard, ainsi qu'on l'a vu, notamment chez les deux
miers malades, le chirurgien ne doit pas perdre un instant de
e :

1° Qu'il se trouve en face de phénomènes que deux ordres de
uses concourent à produire : les unes cachées, lentes, insai-
sables, mais réelles, effectives; les autres instantanées, dont
ction frappe les sens, et qui ne sont en réalité et le plus sou-
nt que des causes déterminantes, des agents de provocation ;

2° Que tout traitement rationnel consiste à attaquer les pre-
mières et à paralyser l'action des secondes ;

3° Que les ressources de la médecine sont plus propres à pré-
venir la fièvre uréthro-vésicale qu'à la combattre ;

4° Et qu'à défaut de moyens certains de faire rigoureusement
a part qui revient à chaque cause, il ne doit procéder qu'en
tonnant et avec une extrême réserve, toutes les fois qu'il s'agit
l'entreprendre une opération sur les organes urinaires grave-
nent attaqués ; tel est le but du traitement préparatoire que je
iens d'exposer.

Ainsi, pour l'urèthre, j'introduis avec de grandes précautions
et en m'arrêtant lorsque le malade souffre, une petite bougie
molle dans ce canal. Si, à la suite de cette tentative, il survient
une petite réaction fébrile, j'en tiens note. Le lendemain et les
jours suivants, la même opération est répétée. Le plus commu-
nément la douleur devient de plus en plus faible, la sensibilité
du lieu s'émousse, et la réaction fébrile ne paraît plus ; tantôt
c'est le contraire qui a lieu, et dans ce cas, l'opération est
ajournée.

Si c'est dans la vessie que l'instrument doit agir, j'y fais pen-
dant plusieurs jours des injections simples, à la température du

corps ou un peu au-dessous. Le contact répété du liquide avec la surface du viscère, et surtout le passage successif de l'état de vacuité de la vessie à celui de plénitude, produisent les mêmes effets que les bougies dans l'urèthre, c'est-à-dire la diminution de la sensibilité, la modification de la vitalité des surfaces sur lesquelles les instruments doivent être portés ; et je parviens de la sorte à connaître le plus exactement possible ce que j'ai à craindre relativement à la fièvre qui peut suivre l'opération.

En possession de ces données, réunies à celles qui sont obtenues par l'examen attentif du malade, je procède à l'opération, que je fais plus longue ou que j'abrége, suivant la susceptibilité du malade et l'aptitude des organes à réagir avec plus ou moins de force. Comme ce dernier point est surtout difficile à déterminer d'avance, j'opère, notamment au début, avec une prudence extrême, et seulement après un long traitement préparatoire. En procédant de la sorte, si je ne parviens pas toujours à éviter la fièvre, du moins elle se montre sous sa forme la plus bénigne et la plus simple.

Dans les cas exceptionnels, où, malgré toutes les précautions, la fièvre se déclare ou redouble à la suite de l'opération, et persiste malgré le traitement le plus régulier, je vais à la recherche des causes qui peuvent l'entretenir, et je les trouve souvent dans les qualités morbides de l'urine, ou les lésions organiques mécaniques; et en particulier, dans l'inertie de la vessie et les efforts incessants auxquels elle se livre afin de se débarrasser de son contenu.

Je ne saurais trop m'arrêter à ce point capital du traitement, sur lequel j'appelais l'attention de l'Académie des sciences en 1829 (1), et que j'ai traité depuis avec tous les développements qu'il comporte (2).

Dans ces circonstances souvent embarrassantes, surtout pour les chirurgiens qui ne sont pas familiers avec le traitement des maladies des organes urinaires, on doit se rappeler :

1° Que l'inertie de la vessie peut être primitive ou consécutive.

(1) [illegible]

(2) Voyez les traités de l'*Affection calculeuse* et de la *Lithotritie*, et surtout les chapitres consacrés, dans cet ouvrage, à la stagnation de l'urine et au [illegible] vésical.

ıns la première série de cas, les parois de ce viscère ont tou-
ırs été molles, flasques, minces, décolorées, on dirait qu'elles
ıt subi un arrêt de développement. Le malade a toujours mal
iné. Enfant, il pissait au lit; vieillard, il lutte contre le catarrhe
sical et l'incontinence d'urine.

Ces cas sont les plus faciles à reconnaître; il suffit d'étudier
ec quelque soin la manière dont la miction s'exécute habi-
ellement pour se mettre à l'abri de l'erreur.

2° L'inertie de la vessie se montre quelquefois accidentelle-
ent et à une époque plus ou moins avancée de la vie; elle
ıut même succéder à une contractilité exagérée de ce viscère.

Je ne saurais reproduire, même sous forme de résumé, les
its nombreux dont j'ai publié les détails, constatant qu'il s'opère,
ême fréquemment, une sorte d'atrophie musculaire des parois
isicales, par suite de laquelle l'organe perd progressivement la
culté de chasser l'urine, alors même que celle-ci est accu-
ılée en quantité suffisante pour écarter ses parois et provo-
ıer leur contraction, comme cela a lieu ordinairement.

Mes premières observations passèrent inaperçues; à mesure
ı'elles se multiplièrent, quelques chirurgiens voulurent bien
s remarquer, mais ce fut surtout pour en contester la valeur.
spérons que des effets analogues à ceux que j'ai observés cent fois
ılativement à la vessie, constatés depuis peu de temps dans les
ıasses musculaires des membres, contribueront à appeler l'at-
ntion des observateurs sérieux et non prévenus, sur ce qu'on
ppelle aujourd'hui *paralysie musculaire atrophique*, qui est plus
équente qu'on n'a paru le penser, en la présentant comme une
écouverte.

3° Il n'est pas rare de trouver des calculeux dont les parois
ypertrophiées de la vessie sont, depuis des années, tellement
ppliquées sur la pierre, que le malade éprouve des besoins
ıcessants d'uriner. Tout à coup est sans cause appréciable, les
arois vésicales, sans avoir rien perdu de leur épaisseur, de leur
ructure, cessent de se contracter à tel point que les malades
euvent rester des heures entières sans être tourmentés du
esoin d'uriner, ce qu'ils ne pouvaient jamais faire auparavant;
faut même recourir parfois à la sonde pour vider la vessie. Aux
eux du malade, ce changement d'état est un bien inappré-

ciable. Le chirurgien ne doit voir dans la perte subite de la contractilité vésicale que la preuve du progrès de l'état morbide.

Ce n'est point ici une paralysie musculaire atrophique; les parois de l'organe n'ont pas eu le temps de perdre leur épaisseur, la fonction musculaire est seule suspendue. Au double point de vue de l'opération qu'on se propose de pratiquer et de la fièvre qui nous occupe, ce changement d'état est plein de périls, ainsi que le prouvent mes observations; elles établissent aussi qu'eu égard à la fièvre, on ne saurait apporter trop de soins à ne pas laisser séjourner l'urine dans la vessie, quelle que soit la cause qui l'y retient.

C'est spécialement pour avoir méconnu ces changements d'état et n'avoir pas tenu compte de l'influence de la stagnation de l'urine dans la production et l'entretien de la fièvre, que des praticiens, d'ailleurs fort habiles, éprouvent tant de mécomptes dans le traitement de cette maladie.

Quant aux moyens à mettre en usage et à la manière de les appliquer, je ne m'y arrêterai pas ici, les ayant fait connaître aux chapitres consacrés à l'atonie et au catarrhe de la vessie.

Il n'est pas rare dans ces circonstances que l'inertie du rectum complique celle de la vessie; sous son influence, aussi bien que par l'action des médicaments employés, les évacuations alvines deviennent fort irrégulières; il m'a paru qu'on néglige beaucoup trop les lavements évacuatifs, soit qu'on ait seulement à combattre la constipation, soit qu'il existe une phlegmasie de la surface du rectum avec production de mucosités abondantes. Il est très utile de ne pas laisser séjourner les matières fécales derrière le col de la vessie, qui s'en trouve toujours péniblement impressionné. Dans toutes ces circonstances j'emploie beaucoup de lavements et j'obtiens de beaux résultats.

Si la fièvre persiste, quoi qu'on fasse, si surtout les accès redoublent, s'ils prennent la forme de la fièvre pernicieuse, il faut se hâter de recourir à d'autres moyens, notamment à la quinine, et même la prescrire à haute dose, de 1 à 2 grammes par jour. Quelques praticiens assurent que si cette médication réussit rarement dans ces circonstances, on n'a pas de grands désordres à redouter de son emploi.

Ce qui me réussit le mieux et dont je n'hésite pas à conseiller

l'usage, ce sont les purgatifs à dose fractionnée et souvent répétés ; vers la fin du traitement surtout, ils produisent de bons effets.

4° *De quelques modifications apportées au traitement de la fièvre uréthro-vésicale.*

Entre ma théorie, et surtout ma pratique, qui a pour elle une longue expérience, et les principes admis par divers chirurgiens, on remarque des différences essentielles qui expliquent le contraste de la route que nous suivons et la diversité des résultats que nous obtenons ; cela ne surprendra personne d'ailleurs, si l'on veut bien se rappeler, qu'au point de vue pratique spécialement, notre position n'est pas la même.

1° Dans la pensée que la sensibilité exagérée et surtout viciée de l'urèthre et du col vésical, un état, un élément morbide méconnu, une disposition anormale du sujet qui doit être opéré, sont les principales sources de la fièvre, et que la manœuvre opératoire est surtout une cause provocatrice, je prépare mon malade ; je tâte la sensibilité et la vitalité de ses organes, j'étudie avec un grand soin la fièvre préexistante et la maladie pour laquelle on réclame l'intervention du chirurgien ; alors seulement je prends un parti : ou je pratique immédiatement, ou j'ajourne l'opération et quelquefois j'y renonce ; puis, lorsque la fièvre survient, j'applique à chaque cas le traitement curatif qu'il réclame, et je n'ai définitivement recours aux préparations de quinquina que lorsqu'elles sont réellement indiquées.

2° Considérant comme un excès de prudence les précautions que j'ai recommandées, les présentant même comme une faute de pratique, en raison de la lenteur qu'elles entraînent, les chirurgiens à la pratique desquels je fais allusion, procèdent immédiatement aux opérations, et ils adoptent contre la fièvre consécutive une médication dont la quinine fait la base essentielle ; ils s'appuient en cela, sur les résultats obtenus par l'emploi de ce sel contre les fièvres intermittentes en général.

Qu'on attribue la fièvre à une néphrite ; que les accès reviennent tous les jours ou seulement de loin en loin, *toutes les semaines par exemple* ; que la fièvre soit à type continu, à marche ir-

régulière, qu'elle tienne à des lésions organiques ; qu'on soupçonne même l'existence d'une péritonite ; on paraît ne voir que la quinine comme agent curatif, et par suite d'un engouement dont on ne se rend pas raison, ses partisans persistent ; ils forcent les doses ; ils varient les applications par la bouche, par l'anus, par la méthode endermique ; ils croiraient manquer à leurs devoirs s'ils laissaient mourir un malade sans lui avoir administré les préparations de quinquina.

Quelques opérés paraissent obtenir d'abord un peu de soulagement ; mais il ne se soutient pas, et bientôt ils éprouvent un sentiment de malaise inexprimable, avec dépravation du goût et retour, chaque nuit, d'une agitation fiévreuse qui prolonge indéfiniment la convalescence. On cite même quelques cas dans lesquels il a fallu renoncer à l'usage de la quinine, qui, au lieu de couper la fièvre, aggravait la position du malade, en produisant tantôt des désordres généraux, inflammatoires ou nerveux ; tantôt des accidents locaux, la néphrite, l'hématurie, la cystite, la rétention d'urine, ainsi que tendent à le prouver des observations récentes publiées dans le *Bulletin de thérapeutique* et le *Moniteur des hôpitaux* pour 1857.

Cependant on assure que, dans beaucoup de cas simples, la quinine arrête la fièvre après le premier accès ; mais ne fait-on pas abus de l'interprétation en attribuant ce résultat à la médication employée ?

Ne sait-on pas que, dans ces circonstances, il n'y a en général qu'un seul accès de fièvre qui se termine presque toujours par la sueur, et sans l'intervention de l'art ? Ce point de pratique ne saurait être contesté aujourd'hui.

En supposant à la quinine l'action qu'on lui prête, son emploi, se généralisant, peut nuire : 1° en produisant une sorte de perturbation dans un travail qui s'effectue naturellement ; 2° en détournant le praticien d'entreprendre autre chose. Faut-il ajouter que la méthode empirique à laquelle je fais allusion, tend à faire supposer que le praticien a devant les yeux une fièvre qu'il peut envisager à un seul point de vue et traiter de la même manière, et que toute la question thérapeutique de la fièvre uréthro-vésicale se réduit à ces trois termes : *opération*, *fièvre* et *quinine*.

A juger d'après la manière dont on a rapporté certains faits qui me sont connus, et les commentaires obligés dont on les accompagne, le temps ne me paraît pas encore venu de rassembler et de discuter les résultats cliniques obtenus par cette méthode, et m'en référant à ce que je viens d'en dire, je me bornerai à rapporter une observation intéressante dont on lit les détails dans le *Moniteur des hôpitaux*, p. 946, pour 1856 ; elle donnera peut-être une idée approximative de ce qu'on observe dans ces circonstances.

Rétrécissement de l'urèthre soupçonné.— Lésions antérieures des reins et de la vessie méconnues. — Introduction d'une fine bougie. — Accidents intermittents, intenses et prolongés. — Mort. — Néphrite aiguë double entée sur une lésion chronique. — Réflexions sur le diagnostic et le traitement de cette maladie, par M. le docteur Verneuil.

« J'accomplis, en publiant cette observation, un pénible devoir (1), celui de raconter un fait malheureux, un cas de mort à la suite d'une opération usuelle presque insignifiante, et quoique, dans l'état de la science, je croie pouvoir m'absoudre d'une participation sérieuse à cette issue funeste, je me propose d'examiner consciencieusement jusqu'à quel point j'aurais pu l'éviter.

» A une époque où les maladies de l'urèthre, et surtout les opérations praticables sur ce canal, sont plus que jamais peut-être à l'étude, je crois utile, dit M. Verneuil, sinon indispensable, d'apporter un fait qui, par malheur, est loin d'être rare, mais sur la nature duquel plane encore beaucoup d'obscurité. J'ai pour ma part assisté depuis quelques années à des discussions nombreuses et souvent passionnées sur les diverses méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre, et j'ai vu surtout le nombre et la gravité des accidents consécutifs constituer les

(1) On ne saurait considérer comme telle, l'obligation imposée à tout chirurgien honnête de faire connaître les résultats de sa pratique, tels qu'ils sont. On ne doit point perdre de vue que les cas dits malheureux sont spécialement plus instructifs et concourent plus sûrement au progrès de l'art que ceux dans lesquels on obtient un succès facile. Félicitons M. Verneuil qui adopte, en devenant un praticien distingué, la marche suivie par les plus grands maîtres. Ce qu'il appelle un pénible devoir est un acte d'indépendance qui l'honore d'autant plus qu'il est plus rare dans notre siècle où dominent les vues étroites de l'intérêt matériel.

principaux arguments pour ou contre telle ou telle pratique. Or, les questions litigieuses ne se tranchent guère qu'avec des faits.

» *Observation.*—Hubert (Pierre), âgé de quarante-deux ans, de haute taille et d'une constitution vigoureuse, entra, le 16 août, salle Saint-Jean, n° 5, dans le service de M. Ph. Boyer, que je remplaçais alors Il avait subi autrefois une amputation partielle du pied, qui était actuellement presque complétement guéri, mais qui gênait encore trop la marche pour que le malade pût reprendre l'état de tonnelier, qu'il exerçait auparavant.

» Il demandait à entrer à l'hôpital, et comme j'étais curieux d'étudier le résultat de son opération (sujet familier de mes recherches), je consentis à le recevoir quelques jours. Au bout de trois semaines, je voulus le renvoyer, il insista pour rester encore, et, pour son malheur, sa demande lui fut accordée. En ce moment, trois cas très divers de rétrécissement étaient soumis à mes soins. Éprouvant depuis longtemps de la difficulté à uriner, notre homme pensa qu'il serait bon de mettre à profit son séjour à l'hôpital pour se faire traiter d'un rétrécissement dont il se croyait atteint, et fit part de son désir à un élève instruit du service. La visite était finie, j'étais parti. L'élève introduisit une sonde sans grande difficulté ; l'instrument s'arrêta pourtant à une certaine profondeur ; quelques gouttes de sang s'écoulèrent; mais il n'en résulta ni douleur, ni accident.

» Le lendemain, je fus averti de l'intention du malade et de ce qui s'était passé. J'interrogeai et j'appris que, depuis de longues années, existait une certaine difficulté dans l'émission des urines, que le jet était ténu, projeté à une petite distance, et que de temps en temps tous ces inconvénients s'exagéraient beaucoup. Le cathétérisme est indispensable dans le diagnostic des troubles de cette nature, et le sujet désirait être traité ; je ne crus pas devoir lui refuser mes soins.

» Je pris d'abord une bougie de 1 millimètre 1/2 environ, munie d'un renflement terminal; je l'introduisis avec beaucoup de soin et de lenteur ; elle ne fut arrêtée nulle part et ne causa aucune douleur. J'en pris une autre de 3 millimètres, conique et terminée également par une boule; elle fut arrêtée et une légère sensation pénible fut accusée; la bougie était vigoureusement étreinte par le canal à une profondeur inconnue, mais assez

grande. Je ne la retirai point et préférai me contenter pour ce jour-là de cette exploration incomplète, ayant pour principe de ne faire autant que possible, dans les voies urinaires, que des *séances très courtes*. J'engageai le malade à conserver sa bougie trois heures, et moins s'il ressentait quelques douleurs; celles-ci manquèrent tellement, que l'instrument fut conservé six heures, puis retiré sans coup férir.

» C'est à dessein que je donne avec quelque prolixité ces détails initiaux.

» Dans le courant de la nuit, le malade, qui avait dîné comme à l'ordinaire, fut pris d'un frisson extrêmement intense, qui dura plus de deux heures, fut suivi de chaleur pendant un temps plus long encore et se termina par une sueur abondante. A huit heures et demie du matin, il y avait encore de la moiteur; le pouls était large plein et assez fréquent; la face était plutôt abattue que vultueuse; la langue un peu sèche; les forces diminuées, il y avait de l'anorexie, de la soif, de l'amertume de la bouche, du dégoût. J'explorai avec attention l'urèthre, le périnée, les bourses, l'hypogastre, le ventre, et ne découvris absolument rien; les urines étaient rendues comme de coutume; au reste, le malade affirmait ne souffrir nullement et de nulle part.

» Après cet examen négatif, je pensai avoir affaire à ces accidents intermittents si connus, et je prescrivis un bain tiède donné auprès du lit, et l'administration de 40 centigrammes de sulfate de quinine en pilules au moment de la rémission, qui paraissait devoir être prochaine, et qui eut lieu, en effet, vers onze heures.

» Un second accès, aussi intense et plus long que le premier, survint avant la tombée de la nuit; il durait encore le lendemain à l'heure de la visite; il y avait eu un peu de délire dans la nuit. Cependant le malade répondait très clairement à nos questions et se disait toujours exempt de toute douleur locale. L'examen organique renouvelé resta aussi négatif que la veille, seulement l'état saburral était beaucoup plus prononcé, et comme en ce moment une grande partie de la salle était sous cette influence, comme je le dirai plus loin, je prescrivis sur-le-champ un émético-cathartique, sans préjudice de la dose de sulfate de quinine, qui devait être prise seulement dans l'après-midi.

L'accès du soir se montra, mais beaucoup plus faible ; le matin du troisième jour, l'amélioration était très notable; sans être revenu au type normal, le pouls était cependant à peine plus rapide que dans l'état de santé; il n'était point dur, mais seulement un peu vibrant.

» Confiant dans mon diagnostic, j'augurai bien de l'issue de ces accidents ; je fis diminuer la dose de quinine (30. centigrammes), et, ne croyant pas la diète nécessaire, je permis deux potages à prendre en temps utile.

» Il y avait bien eu quelques frissons erratiques, mais le malade, qui d'ailleurs se trouvait beaucoup mieux, nous dit que dans l'état de santé il éprouvait à chaque instant ce phénomène, à cause, disait-il, de son séjour habituel dans des caves fraîches et des brusques transitions de température auxquelles l'exposait sa profession.

» Mais notre espoir fut bientôt déçu. Un nouvel accès violent survint dans la nuit suivante avec délire, prostration, dyspnée, nausées, sécheresse de la langue, etc. Les frissons s'étaient renouvelés à plusieurs reprises et avec intensité. La poitrine et la cavité abdominale furent de nouveau explorées par moi encore et par plusieurs autres personnes. En percutant la rate et en pressant sur les régions latérales de l'abdomen, je constatai une légère douleur dans la région du rein gauche. Mon attention éveillée, je diagnostiquai une néphrite du côté correspondant; les urines, qui jusque-là avaient été presque normales, offraient un dépôt muco-purulent assez abondant.

» Le sulfate de quinine fut suspendu; huit ventouses scarifiées furent appliquées sur la région lombaire gauche; un bain tiède prolongé, un laxatif complétèrent la prescription.

» Le lendemain, tout était dans le même état, si ce n'est que la douleur, au toucher, avait disparu ; le pouls était fort et fréquent; je fis faire une saignée de trois palettes; le caillot était petit, rétracté et couvert d'une couenne assez épaisse.

» Il n'y eut point d'amélioration sensible; comme le pouls avait beaucoup baissé et que la prostration était très grande, je n'osai pas insister sur les émissions sanguines. La facilité extrême avec laquelle la douleur lombaire avait cédé, la persistance des frissons, l'état typhoïde prononcé jetaient quelque doute sur mon

diagnostic, et tout en admettant quelque complication du côté du rein, je ne savais s'il s'agissait d'une néphrite pure et simple, d'une périnéphrite ou d'une infection purulente, suite de quelque phlébite du tissu spongieux de l'urèthre.

» J'ordonnai l'alcoolature d'aconit sans grand espoir de sauver mon malade, qui me paraissait perdu; puis, à la fin, je donnai, pour relever les forces, le quinquina et le musc en lavement.

» La vie se prolongea pourtant cinq jours encore sans grand changement dans les symptômes; la fièvre continua, mais avec des modifications; elle devint d'abord continue, mais avec des recrudescences marquées toujours par le frisson; d'abord elle affecta le type d'une fièvre à accès subintrants, puis le type très franc d'une quotidienne doublée.

» Les urines se chargèrent d'un dépôt muco-purulent de plus en plus abondant; mais les voies génitales et la vessie ne furent jamais douloureuses. Je fus un jour trompé par un renseignement; on me dit qu'une selle abondante avait eu lieu, et qu'elle était composée surtout d'une grande quantité de matières blanchâtres : je soupçonnai que peut-être un abcès périnéal s'était ouvert dans l'intestin. Malgré une apparente rémission dans les symptômes qui se montra le huitième jour, notre pauvre homme succomba ou plutôt s'éteignit paisiblement dans la nuit du onzième.

» Je dois noter qu'à aucune époque, la sueur, l'haleine ni les sécrétions n'exhalèrent aucune odeur urineuse. Jamais le foie, les poumons ne parurent atteints; en aucun point des membres n'apparurent la moindre tuméfaction, la moindre douleur.

» *Autopsie faite quarante-huit heures après la mort.*—Le cadavre est avancé; l'abdomen est verdâtre, un peu distendu par des gaz. Les intestins sont sains, sauf dans l'étendue de 1 mètre 1/2 environ, où ils présentent une coloration d'un rouge livide, mais qui paraît cadavérique; pas d'épanchement dans le péritoine, ni de traces de péritonite. La rate est volumineuse, livide, très friable; le foie est verdâtre, mais n'offre rien de particulier. Les plèvres, les poumons sont très sains. La plupart des articulations ont été ouvertes et n'ont rien présenté d'anormal; la cavité centro-spinale n'a pas été explorée.

» L'autopsie n'a pas été aussi complète qu'on aurait pu le dési-

rer, mais les lésions trouvées dans l'appareil urinaire paraissent bien suffisantes pour expliquer la mort.

» Aussitôt que la masse intestinale est enlevée, on est frappé tout d'abord de l'aspect des régions occupées par les reins. En effet, on constate de chaque côté, mais bien plus du côté gauche, une décomposition cadavérique très avancée, le tissu cellulaire, d'un brun verdâtre, est soulevé et rendu emphysémateux par des gaz abondants très fétides; il en résulte la formation de deux tumeurs molles, fluctuantes et crépitantes à la place des reins. Sans compléter la dissection, on observe également la distension extrême des veines rénales, de la veine cave inférieure et des veines pelviennes. Un sang très foncé, visqueux et non coagulé, remplit ces vaisseaux, qui ne présentent néanmoins nulle trace de phlébite.

» La vessie est médiocrement distendue; ses vaisseaux extérieurs sont plus apparents que de coutume, et ses parois offrent un épaisissement appréciable au simple toucher. Les uretères sont dilatés et serpentins, surtout au voisinage du hile rénal.

» Examinons les lésions avec plus de soin. L'appareil génito-urinaire tout entier est enlevé et disséqué convenablement; le rein gauche, du côté par conséquent où la néphrite a été soupçonnée pendant la vie, est énorme; il mesure au moins 20 centimètres de long sur 12 à 15 centimètres de largeur et d'épaisseur. La capsule fibreuse s'en détache avec la plus grande facilité; elle est même en quelques points soulevée naturellement par des épanchements sanguins. Le bassinet déborde de beaucoup le bord interne et figure avec l'uretère l'extrémité d'un vaste entonnoir. La glande est molle et fluctuante; sa coloration extérieure est presque noire lorsque la capsule fibreuse est enlevée. Une coupe pratiquée suivant l'axe et sur le bord convexe montre:

» 1° Une dilatation très ample du bassinet et des calices; chacun de ceux-ci admettrait facilement la dernière phalange du pouce. La muqueuse est épaissie, ainsi que la doublure fibreuse. La surface interne présente une injection très riche formée par une foule d'étoiles vasculaires très élégantes;

» 2° Un verre de pus assez épais et coloré par du sang remplit incomplétement ce vaste réservoir.

» 3° Les substances corticale et médullaire ne sont plus reconnaissables. Le parenchyme rénal, dans sa totalité, forme une

couche de plus de 5 centimètres d'épaisseur d'un rouge foncé extrêmement intense, mélangé de pourpre vif et de tons violacés; on croirait avoir sous les yeux la cassure d'un caillot veineux.

» Des foyers hémorrhagiques plus ou moins étendus constituent, avec la substance glandulaire, une pulpe molle, diffluente; une espèce de deliquium analogue à la boue splénique. Nulle part on ne trouve de foyer purulent. Il s'agit donc d'une néphrite aiguë et d'une pyélite purulente des plus intenses.

» L'injection, la rougeur de la muqueuse du bassinet se continuent dans les uretères qui sont hypertrophiés, et vont en diminuant vers la vessie. La muqueuse de celle-ci est encore un peu injectée, surtout au niveau du bas-fond; elle est soulevée par des faisceaux musculaires hypertrophiés et diversement entre-croisés et s'enfonce dans les interstices. La vessie peut donc être dite à cellules et à colonnes.

» Le faisceau musculaire qui ferme son orifice est volumineux, arrondi, contracté, résistant au toucher, surtout dans la moitié postérieure, où il figure une sorte de valvule s'avançant vers le pubis. L'orifice des uretères est à la place accoutumée, mais il est élargi et admet du premier coup une grosse sonde de femme.

» L'urèthre est fendu par sa paroi supérieure. La muqueuse *est absolument saine;* il n'y a pas la moindre trace de fausse route ni même d'une excoriation, si légère qu'elle soit; cette membrane est pâle dans ses deux tiers postérieurs, un peu plus colorée dans la portion antérieure où existent une foule d'orifices glandulaires. Rien n'indique d'une manière évidente la présence d'un rétrécissement, les portions membraneuse et prostatique sont non-seulement contractées dans le sens transversal, mais elles paraissent très raccourcies; car, réunies ensemble, elles n'atteignent pas 4 centimètres; le bulbe en arrière, quoique médiocrement développé, touche immédiatement la prostate. Cette glande est d'un petit volume et très mince en avant. Le tissu spongieux de l'urèthre et des corps caverneux, les veines qui entourent la prostate et le col de la vessie, ne révèlent aucune trace de phlébite ancienne ou récente. La verge et les testicules sont en général peu volumineux.

» Si nous résumons l'histoire clinique de cette maladie, nous

voyons que sous l'influence d'un simple cathétérisme, sans lésion apparente de l'urèthre, sans phénomènes morbides du côté du bassin, des accidents fébriles à marche toujours croissante se sont développés, affectant non-seulement le type intermittent le plus tranché, mais jusqu'aux transformations que ce type subit dans quelques fièvres paludéennes à marche anomale.

» Nous voyons aussi qu'à l'exception des premiers jours, où j'ai pu croire, d'après la tradition, à des troubles purement physiologiques, le diagnostic a toujours été chancelant et a oscillé entre les accidents sans lésion du cathétérisme, la néphrite, la périnéphrite, l'infection purulente.

» Qu'en regard de l'incertitude du diagnostic s'est placée l'incertitude du traitement, c'est-à-dire une thérapeutique bâtarde, hésitante, contradictoire, dans laquelle les médications ont été plutôt tirées des symptômes que de la nature réelle du mal. »

Le cas dont je viens de reproduire les intéressants détails appartient à la catégorie de ceux dont l'ensemble des accidents constitue ce que j'appelle fièvre mixte; l'état fébrile existait avant l'opération; il s'était manifesté différentes fois par des symptômes évidents, et il a été exagéré, aggravé par la manœuvre opératoire. J'ai dit que ces cas sont toujours graves. Sous l'influence d'une impulsion moins forte que celle qui a été donnée dans cette circonstance, on voit souvent les phénomènes les plus alarmants se développer, parcourir leurs périodes, et arriver à une terminaison fatale, sans qu'on parvienne à découvrir, soit dans les organes primitivement attaqués, soit dans l'ensemble de l'économie, aucune lésion propre à rendre compte de ce qu'on observe. De l'ignorance des causes, de l'incohérence des symptômes naissent la confusion et l'incertitude du traitement, et, par suite, on est réduit à cette thérapeutique d'hésitation si bien caractérisée par M. Verneuil.

ART. II. — DE QUELQUES PHLEGMASIES PEU CONNUES, A LA SUITE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS L'URÈTHRE ET DANS LA VESSIE.

Aux premières éditions de cet ouvrage, j'avais consacré un article spécial du premier volume, intitulé : *Abcès survenus en*

diverses parties du corps pendant le traitement des maladies de l'urèthre, à l'étude de phénomènes extraordinaires qui m'avaient frappé dans ma pratique. Les rapports que j'ai reconnus depuis entre ces phénomènes et ceux dont l'exposé précède m'ont conduit à les réunir ici.

La fièvre uréthro-vésicale ne suit pas toujours la marche que je viens d'indiquer; quelquefois le travail morbide se localise sur des parties qui sont attaquées, même par une sorte de préférence. Ce sont les masses musculaires et les articulations des membres inférieurs en particulier; quelques organes intérieurs peuvent aussi être envahis. Ce qui distingue ces phlegmasies et les abcès qui en résultent de toute autre, c'est : 1° que les désordres consécutifs s'effectuent sur des points éloignés de celui sur lequel l'instrument a porté, et qui n'ont avec lui que des rapports difficiles à expliquer; 2° qu'ils ont des caractères propres, et surviennent à la suite d'accès de fièvre provoqués par une opération chirurgicale; quelquefois, cependant, cette phlegmasie ne paraît qu'au bout d'un ou plusieurs jours; elle se développe même sans accès de fièvre préalable. Quoi qu'il en soit, pendant le cours des maladies de l'urèthre, et surtout pendant celui du traitement dirigé contre elles, on voit quelquefois se déclarer d'une manière subite, des douleurs et des symptômes alarmants dans les articulations, et les masses musculaires des membres en particulier. Dans les cas de ce genre que j'ai rencontrés, la marche des accidents a été rapide et uniforme : l'inflammation, qui, de prime abord, envahissait une surface assez étendue, sans avoir de physionomie bien tranchée, a fini le plus souvent par se circonscrire, prendre une allure particulière, et se terminer par une copieuse suppuration fétide, différente à plusieurs égards de celle qu'on observe dans les phlegmons ordinaires.

Première série de cas.

Premier fait. — M. P..., officier de marine, âgé de trente-six ans, avait depuis longtemps de la peine à uriner. Craignant d'être attaqué de la pierre, il vint me consulter. Je reconnus que l'urèthre était rétréci en plusieurs points, et je conseillai l'usage des bougies, que le malade introduisit lui-même assez souvent.

Il y eut une amélioration rapide et soutenue. Après les deux premières introductions, l'urine coula plus facilement; des ulcérations superficielles, qui, depuis plusieurs mois, existaient au gland, disparurent, et la santé devint satisfaisante sous tous les rapports. Mais le désir d'accélérer la dilatation de l'urèthre détermina un jour le malade à prendre une bougie trop forte ou du moins hors de proportion avec la précédente. Le soir même il eut un peu de fièvre, qui revint le lendemain et les jours suivants, mais sans régularité; bientôt il s'y joignit des douleurs dans les membres, notamment dans la jambe gauche : le malade toussait aussi un peu; la langue était sèche et rouge. La douleur cessa promptement à la jambe, mais reparut plus forte à l'épaule droite; ce fut alors qu'on m'appela. Indépendamment de cette douleur scapulaire et de l'état général, je trouvai, au-devant du scrotum, un très petit abcès superficiel dont je fis l'ouverture. Quoique l'urine sortît librement, je plaçai une sonde flexible dans l'urèthre, frappé que je fus des caractères de l'urine, qui était d'un jaune orangé foncé et un peu fétide. Du reste, il y avait à l'épaule une douleur excessive, avec tuméfaction et rougeur considérables. Ces symptômes locaux furent combattus par les antiphlogistiques, que réclamait d'ailleurs l'état général, mais qui n'eurent pas de résultat. Il se forma à l'épaule un vaste abcès, d'où coula une grande quantité de pus lactescent, mal lié et très fétide. L'ouverture de ce dépôt ne fut suivie que d'une amélioration incomplète et temporaire; cependant la suppuration n'était point assez abondante pour épuiser le malade; il y avait surtout une irritation générale tellement vive que tout repos était impossible; rien ne put la calmer, et je fus même obligé de retirer la sonde. Un petit abcès superficiel s'était formé aussi à la face externe de la jambe gauche; il s'ouvrit de lui-même, et donna un pus semblable à celui de l'épaule; bientôt la suppuration se tarit de l'un et l'autre côté; mais l'état s'aggrava de jour en jour, et la mort finit par enlever le malade. On ne fit pas l'ouverture du corps.

Jusqu'à la fin l'urine conserva sa teinte orangée et sa fétidité. L'état nerveux persista après l'ouverture de l'abcès à l'épaule et l'épuisement du travail inflammatoire, sans qu'on pût découvrir aucune lésion propre à en rendre raison, car le séjour de la

sonde ne devint pénible que la veille du jour où l'instrument fut retiré, et l'émission de l'urine eut lieu, comme auparavant, avec facilité et sans efforts; il n'en sortait pas par l'ouverture que j'avais faite à l'abcès situé au-devant du scrotum.

Ce fait m'en rappela un autre que j'avais observé en 1826, et dont voici les principales circonstances.

Deuxième fait. — Un adulte fortement constitué avait eu plusieurs blennorrhagies, par suite desquelles il survint un rétrécissement à la courbure du canal. Deux cautérisations légères et l'introduction de quelques sondes flexibles, gardées une heure par jour, suffirent pour rétablir le diamètre de l'urèthre. Le traitement était, pour ainsi dire, terminé, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, survint un violent accès de fièvre, qui se reproduisit le lendemain, malgré la sueur abondante dont le frisson avait été suivi Le malade perdit subitement l'appétit et le sommeil; la langue devint blanche et comme laiteuse; il se forma au périnée un vaste abcès, en même temps qu'à la jambe droite se manifesta une douleur excessive, avec engourdissement. Un abcès non moins vaste parut à la partie antérieure et interne de cette dernière. Telle était la situation du malade lorsque je le vis. Les abcès du périnée et de la jambe furent ouverts; il s'en écoula un liquide semblable à celui que fournissent les dépôts urineux. Un autre abcès se développa au genou correspondant; la matière qui en sortit était encore la même. Le lendemain, l'autre jambe tomba malade; mais la douleur, au lieu de se localiser, s'étendit à tout le membre et jusqu'à l'aine. Trois jours après le malade mourut.

Troisième fait. — M. D..., de l'île de France, dont j'ai parlé dans ma troisième *Lettre sur la lithotritie*, éprouva, en 1832, des difficultés d'uriner produites par un rétrécissement de l'urèthre, récidive de celui dont il avait été guéri quatre ans auparavant : la rétention d'urine était complète lorsqu'on m'appela. Cependant je me bornai à introduire une très petite bougie, qui s'engagea dans le point rétréci; cette bougie fut retirée quelques instants après, et le malade rendit une faible quantité d'urine, ce qui dispensa de recourir au cathétérisme. Le lendemain, le calme étant beaucoup plus grand, je m'occupai de guérir le rétrécissement par la dilatation temporaire; celle-ci fut faite avec lenteur,

sans secousses, sans douleurs vives, sans nul trouble dans les fonctions, et jamais le malade ne garda la chambre. Une bougie n° 9 pénétrait facilement dans la vessie, lorsque tout à coup des douleurs se manifestèrent dans les membres, la jambe gauche spécialement. Bientôt apparut un peu d'enflure près de la malléole externe. On se contenta d'appliquer des cataplasmes émollients et de prescrire du repos. Le mal ne fit pas de progrès, mais il changea de place, et envahit la partie supérieure de la jambe; l'inflammation gagna le genou et la partie supérieure interne de la cuisse, où elle se fixa d'une manière plus particulière. Les téguments offraient à peine quelques traces de phlogose; mais il y avait un empâtement remarquable du tissu cellulaire superficiel et même profond; la pression était douloureuse dans toute l'étendue des parties affectées, et l'état général de la santé fort alarmant; perte complète de l'appétit et du sommeil, fréquence et petitesse du pouls, prostration considérable des forces, amaigrissement rapide, délire, altération des facultés intellectuelles. L'inflammation locale, sans suivre une marche franche et régulière, faisant cependant des progrès, la tumeur se ramollit en plusieurs endroits, la fluctuation devint manifeste, et j'eus trois ou quatre abcès à ouvrir: le premier à la partie supérieure et antérieure du tibia; le second sur le côté externe de l'articulation du genou; le troisième à la région interne et inférieure de la cuisse. Il s'écoula surtout du dernier beaucoup de pus blanc, fétide et presque liquide, dont une certaine quantité sortit aussi à chaque pansement. Cette circonstance, jointe à l'étendue de l'inflammation, m'inspirait des inquiétudes pour le salut du malade, ou tout au moins pour la conservation du membre. Ce qui rendait le cas plus grave encore, c'est que de nouveaux abcès se formaient au pourtour du genou, à la partie supérieure et postérieure de la jambe. L'inflammation fut combattue par tous les moyens usités en pareil cas; mais, après l'ouverture des derniers abcès, les symptômes ne tardèrent pas à se calmer, le délire surtout cessa presque entièrement, et la suppuration des dépôts primitifs diminua d'une manière sensible; bientôt, l'abcès supérieur, qui était le plus considérable, ne fournit qu'une petite quantité de pus, mieux lié et de meilleure apparence que pendant les deux premiers jours; la suppuration cessa

plus promptement encore dans les autres, et y fut remplacée par un suintement séreux ; enfin, la fièvre s'éteignit, et le sommeil se rétablit. Deux nouveaux abcès furent encore ouverts à la partie supérieure de la jambe, mais ils étaient petits et superficiels, et ils ne fournirent qu'une faible quantité de pus, qui cessa de couler dès le second jour. Le liquide que tous ces petits abcès fournissaient après le premier jour était une sorte de sérosité, tantôt blanche, tantôt légèrement colorée en jaune. L'appétit ne tarda pas à se rétablir, et l'amélioration, tant locale que générale, se prononça rapidement. L'abcès supérieur de la cuisse était circonscrit par un gonflement et une induration considérables du tissu cellulaire ; cet état morbide se dissipa, la suppuration se tarit, et le membre revint à ses proportions normales. Bientôt le malade ne conserva plus que les plaies des deux derniers abcès, avec un gonflement œdémateux de la jambe et du pied ; il finit par recouvrer une parfaite santé.

Quatrième fait. — Halot, menuisier, de Paris, âgé de cinquante-six ans, d'une mauvaise constitution et d'une corpulence flasque, portant depuis dix ans des cicatrices d'abcès sur diverses parties du corps, éprouvait des douleurs néphrétiques au côté droit surtout, et rendait de temps en temps des graviers plus ou moins volumineux. L'un de ces calculs, engagé dans le col de la vessie, où sa présence avait déterminé, pendant vingt-quatre-heures, une ischurie complète, fut, en 1829, repoussé dans le viscère. Depuis lors le malade continua de rendre des graviers ; mais les envies d'uriner devinrent plus fréquentes, et, après les avoir satisfaites, il ressentit des douleurs au bout du gland. Dans cet état de choses, il entra à l'hôpital Necker en 1834 ; ses douleurs étaient plus vives depuis quinze jours, et il avait de la peine à uriner ; la sonde me fit découvrir un très petit calcul dans la vessie. Pendant la soirée, il y eut un accès de fièvre et du dévoiement ; mais les accidents n'ayant pas eu de suite, je me mis en voie de préparer l'urèthre à recevoir les instruments lithotriteurs. Une bougie de 2 lignes et un quart n'ayant pu franchir un rétrécissement situé à 4 pouces, je la laissai pendant un quart d'heure devant cet obstacle, qu'elle traversa le lendemain sans efforts ; mais elle rencontra une seconde coarctation, qu'elle franchit toutefois sans difficulté ; après quoi elle parvint dans la

vessie, où elle demeura pendant une demi-heure. Quand je la retirai, elle rapporta deux empreintes, l'une à 4 et l'autre à 5 pouces du méat urinaire. Il y eut encore ce jour-là un accès de fièvre, qui se prolongea assez avant dans la nuit. Les jours suivants, je fus obligé de suspendre le traitement préparatoire; un calcul s'engagea dans le col de la vessie, où sa présence détermina une ischurie et une vive réaction générale; le corps étranger fut repoussé, et les accidents se calmèrent. Mais, deux jours après, ils reparurent par la même cause; à la suite de douleurs aiguës et d'efforts considérables, le malade rendit un calcul anguleux et très dur ayant 2 lignes de diamètre. Il fut pris de syncopes, d'étourdissements, de tremblement général, suivi de chaleur et de sueur. La fièvre continua encore pendant quelques jours avec le type intermittent quotidien; l'accès débutait tous les soirs par des frissons, et se terminait dans la matinée suivante par une petite sueur. Du reste, l'émission de l'urine était facile depuis l'expulsion du calcul. Au bout de quelques jours je pus continuer à préparer le canal par les bougies; mais un accident nouveau vint encore m'interrompre. Un vaste abcès, accompagné de fièvre, se développa dans l'épaisseur de la cuisse gauche, à sa partie postérieure et moyenne; à l'ouverture il en sortit une grande quantité de pus sanieux, dont l'écoulement continua les jours suivants. Au bout d'une douzaine de jours, le malade était rétabli de ce nouvel échec; il avait beaucoup maigri, et il se plaignait sans cesse de douleurs vagues. Je n'en crus pas moins devoir reprendre le traitement préparatoire, si souvent interrompu, d'autant mieux que, depuis la cessation de l'emploi des bougies, les difficultés d'uriner avaient reparu. Le même soir un nouvel accès de fièvre m'avertit de suspendre encore toute tentative d'agir sur un urèthre dont l'irritabilité était si prompte à provoquer des réactions générales, et je cédai au désir du malade, qui voulut quitter l'hôpital.

Cinquième fait. — Carcy, maçon, âgé de trente-cinq ans, éprouvait divers symptômes de l'affection calculeuse depuis environ dix-huit mois; l'émission de l'urine était très difficile; le malade éprouvait des besoins fréquents d'uriner, et le liquide déposait d'abondantes mucosités. Je m'assurai par le cathétérisme que la vessie contenait un calcul peu volumineux; cette circonstance

fit penser que la lithotritie enlèverait promptement la cause des souffrances; cependant le malade offrait des dispositions peu favorables; la perte récente de sa femme et l'éloignement de ses enfants agissaient sur lui de manière à faire craindre une réaction fâcheuse; du reste, l'urèthre était libre, même très large. Une première séance de lithotritie eut lieu le 21 février, et fut suivie d'un peu de fièvre, qui reparut encore le lendemain. Le 23, douleurs pongitives dans la région rénale droite, anxiété, accablement moral, vive douleur en urinant, urine rouge, fièvre. Le 24, teinte jaunâtre de la face, hypogastre douloureux à la pression, urine rare, sortant avec peine, persistance des douleurs néphrétiques; le cathétérisme ayant fait reconnaître un fragment de pierre arrêté dans la partie membraneuse du canal, je retirai ce débris à l'aide d'une pince uréthrale. Le calme se rétablit; mais, quelques jours après, le lendemain de la sortie spontanée d'un fragment anguleux, il y eut un accès de fièvre, précédé de tremblement et suivi d'une sueur abondante. Le 1er mai, disparition complète des douleurs rénales, mais invasion subite de douleurs vives dans le pied droit, autour des malléoles; le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement de cette partie; son urine était trouble et fétide. Le 2 mai, augmentation des douleurs articulaires, et rougeur considérable de l'articulation du pied avec la jambe. Après une série d'accidents, en partie fort graves, le 16, eut lieu l'ouverture spontanée d'un gros bouton derrière la malléole externe: il en sortit une sanie purulente, provenant de parties plus éloignées. De nouveaux abcès se développèrent ainsi successivement au-dessous de la malléole interne, sur la partie moyenne et supérieure du métatarse, sous la plante du pied, à la partie inférieure du premier métatarsien, enfin au-dessus de la malléole interne. Ces divers abcès furent ouverts au fur et à mesure de leur formation. La matière qu'ils contenaient était une sanie séreuse, semblable à celle que donnent certaines tumeurs urineuses incisées avant la formation du pus; ils n'avaient point leur siége dans l'intérieur des articulations, mais bien dans le tissu cellulaire. Les mouvements du pied demeurèrent gênés, mais finirent cependant par se rétablir. Il me fut possible de reprendre l'application des procédés lithotritiques,

et le 5 septembre, après cinq séances, le malade se trouva délivré de sa pierre sans qu'il survînt de nouveaux abcès.

A côté de ces faits, j'en placerai deux dont j'avais fait connaître les détails antérieurement.

Sixième fait. — Au sujet du malade Hurelle, dont l'observation se trouve à la page 107 de ma deuxième *Lettre sur la lithotritie*, je disais :

« On commençait le traitement préparatoire lorsqu'il survint » de la fièvre, avec sécheresse de la langue, abattement physique » et moral, perte complète de l'appétit et du sommeil, etc. Les » sangsues, les émollients, les calmants furent successivement » employés ; les accidents persistèrent, notamment *des douleurs » extrêmement vives dans les articulations coxo-fémorales.* »

Le malade dut être taillé, et cette opération fut faite par le haut appareil. En divisant la ligne blanche, on découvrit un vaste dépôt qui s'était formé à l'hypogastre au-devant de la vessie. La mort survint le huitième jour.

Septième fait. — C'est le cas du malade F..., qui subissait un traitement pour une coarctation uréthrale, et dont l'observation est consignée page 224 de mon premier ouvrage *Sur la lithotritie*, publié en 1827 : « Un léger écart de régime fit reparaître la dif- » ficulté d'uriner ; il se manifesta de la fièvre avec frissons suivis » de sueurs ; des urines rares chassèrent des mucosités abon- » dantes ; la langue devint blanche ; il y eut perte d'appétit et » de sommeil ; décoloration de la peau ; enfin décomposition des » traits de la face. Un vaste abcès urineux se forma au périnée, » et des douleurs vives se firent sentir à la jambe droite, où s'éta- » blit un autre abcès qui en occupait les deux tiers supérieurs. » L'ouverture de ces deux abcès ne fut suivie d'aucun soulage- » ment ; la fièvre devint continue, et se compliqua d'accidents » nerveux ; des douleurs aiguës se manifestèrent dans les articu- » lations coxo-fémorales, et un nouveau dépôt se forma au » genou droit ; on ne l'ouvrit pas ; le malade succomba le lende- » main. L'autopsie ne fut pas faite. »

Dans ces divers cas, l'inflammation et les abcès déterminés par elle se sont déclarés à la suite d'une irritation plus ou moins vive produite dans l'urèthre par le passage d'un instrument ou de toute autre manière, et avec des nuances, toutefois, qu'il im-

porte de noter. Ainsi, dans le premier, une légère surdistension des parois du canal, produite par une bougie molle, suffit pour provoquer la réaction fébrile, avec douleur phlegmasique à la jambe gauche et à l'épaule, où se formèrent des abcès dont l'ouverture ne procura qu'un léger soulagement ; et les principaux désordres se manifestèrent dans des points éloignés du siége primitif du mal. Dans le second, l'urèthre avait été soumis à la cautérisation, et la dilatation consécutive, opérée au moyen d'une sonde, le fatigua beaucoup plus que n'avait fait la bougie ; aussi la fièvre fut-elle plus vive, et les désordres locaux, toujours distants du foyer primitif, furent-ils plus considérables. Ce qu'il y eut surtout de remarquable, ce fut l'identité de la suppuration au périnée, au genou, à la jambe et à l'épaule. Ce qu'il faut noter aussi, c'est que, chez le second malade et d'autres qui seront indiqués plus loin, le traitement était pour ainsi dire terminé lorsque la fièvre et les phlegmasies consécutives se manifestèrent.

Chez le numéro trois, les phénomènes phlegmasiques acquirent un développement extraordinaire : il y eut une succession d'abcès plus étendus et plus graves les uns que les autres, qui mirent plusieurs fois la vie du malade en péril. Le danger fut conjuré au moyen d'un traitement énergique auquel j'avais recours pour la première fois, et le seul qui m'ait réussi jusqu'ici.

Chez les malades Halot et Carcy, qui se présentèrent peu de temps après dans mon service, l'existence de la pierre constituait une complication sérieuse ; les phénomènes consécutifs étaient graves. Cependant l'un des malades se trouva si bien au bout de quelques semaines, qu'on put reprendre le traitement par la lithotritie, qui eut tout le succès désirable. Chez ce malade aussi on arrêta promptement la marche de la phlegmasie en donnant issue au pus avant qu'il n'eût envahi une grande étendue de tissu cellulaire. Grâce à ces précautions, je n'ai vu se développer en général que de petits abcès circonscrits, dont chacun n'a fourni qu'une petite quantité de suppuration, mais par lesquels il s'est écoulé beaucoup de sérosité jaune ou blanche. C'est encore là une particularité digne de remarque ; si l'on ouvre l'abcès avant qu'il y ait collection purulente proprement dite, on obtient un peu de pus et de sang, et davantage de sérosité jau-

nâtre; au bout d'un jour ou deux, le pus cesse, et la pression même ne fait plus couler que de la sérosité.

Dans les deux premiers cas, les malades introduisaient eux-mêmes les sondes et les bougies; n'ayant pu juger du degré de force employée et de la surdistension éprouvée par le canal, j'avais craint que le désir d'obtenir une guérison plus prompte n'eût fait négliger les précautions nécessaires, car l'expérience m'a prouvé que l'introduction d'une bougie d'un certain volume dans un canal proportionnellement trop petit donne souvent lieu à des accidents inflammatoires ou nerveux. Dans les autres cas, j'avais introduit la bougie, et jamais je ne m'écarte de la marche lente et progressive dont la pratique m'a permis de constater les avantages; d'ailleurs le malade n'avait pas souffert pendant l'introduction. Dans le quatrième cas, le traitement préparatoire pour la lithotritie et la sortie d'un gravier avaient donné lieu à des accidents, mais de toute autre nature, tandis qu'une irritation bien moindre, suite de l'introduction des bougies, provoqua de graves désordres.

Quoique la cause déterminante ne soit pas en rapport avec les effets observés dans ces divers cas, et qu'il soit nécessaire d'admettre, en outre, une certaine prédisposition, on ne peut s'empêcher de reconnaître dans les circonstances occasionnelles une grande analogie, qui devient plus frappante encore lorsqu'on a égard au développement et à la marche des accidents. Partout, en effet, nous voyons, à la suite d'une irritation de l'urèthre, des accès de fièvre plus ou moins intenses et suivis de l'apparition d'une douleur dans un point éloigné de celui sur lequel l'action de la cause a porté. Cet accident consécutif, toujours accompagné de symptômes généraux graves, a été pris tantôt pour une attaque de rhumatisme ou de goutte, tantôt pour un abcès phlegmoneux, suivant les tissus qu'il affectait et la physionomie qu'il revêtait; la terminaison naturelle n'a varié qu'autant qu'elle a été modifiée par le traitement. Dans trois des quatre premiers cas, et d'autres dont je m'occuperai plus loin, la mort a eu lieu; mais les malades n'avaient point été traités en temps opportun; les abcès n'avaient point été ouverts assez tôt, et une grande étendue de tissu cellulaire s'était trouvée frappée avant que la fluctuation fût devenue manifeste.

J'insiste sur ce point, parce que la marche irrégulière de l'inflammation, l'empâtement du tissu cellulaire et la profondeur ordinaire de la collection peuvent faire longtemps méconnaître la maladie, quand on n'y apporte pas la plus scrupuleuse attention. Dans le troisième cas, au contraire, le malade a survécu, malgré la violence des accidents et l'étendue des désordres; l'analogie que j'avais cru remarquer entre ces abcès et ceux qu'on nomme urineux au début de leur formation, m'avait fait sentir la nécessité de les ouvrir avant que la fluctuation s'y prononçât; l'événement a confirmé la justesse de cette vue, et m'a prouvé de plus que le malade éprouvait un soulagement notable après l'ouverture de chaque collection, lors même qu'au lieu de pus il ne s'écoulait qu'une matière sanieuse, un liquide séreux et sanguinolent.

Tel est l'exposé de mes premières observations et des remarques qui les accompagnent. J'éprouve le besoin de présenter ici quelques considérations nouvelles.

Ces faits, plus extraordinaires les uns que les autres, étaient absolument nouveaux pour moi (1); mais mon esprit avait été

(1) On a cité le cas suivant que je reproduirai, afin que chacun puisse en apprécier la valeur.

Un jeune homme jouissant d'une assez bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une fistule au périnée, qui parut être urinaire. Une sonde est introduite dans la vessie et y reste pendant trois jours; alors des douleurs se développent dans diverses articulations. On retire la sonde. La fièvre se manifeste, les premières douleurs persistent, et d'autres se font sentir dans la poitrine et l'abdomen. Ces accidents sont suivis de dévoiement, d'amaigrissement prompt et d'infiltration des membres; enfin, pendant les derniers jours, face hippocratique, gêne extrême dans l'exercice de la parole et de la respiration; mort le douzième jour après le développement des douleurs articulaires.

Autopsie. — Dans la cavité de la membrane synoviale du genou droit, on trouva un ou deux verres d'un liquide en partie purulent et en partie séreux; la dernière partie qui s'est écoulée était du pus. Une couche membraniforme couvrait la face interne de la synoviale au devant de l'articulation, et s'étendait au-dessous du tendon du muscle droit, deux pouces environ au dessus de la rotule. Cette même portion de synoviale était rouge et d'un aspect velouté.

Plusieurs autres articulations ayant été ouvertes, ont offert la cavité formée par la synoviale, contenant aussi du pus mais en moindre quantité.

Un épanchement de sérosité purulente existait dans les cavités du thorax et de l'abdomen.

(Extrait de la thèse de M. Moffait, intitulée : *Recherches sur la phlegmasie des membranes synoviales des articulations*, Paris, 1840.)

préparé en quelque sorte à l'observation de ces phénomènes.

L'expérience m'avait appris, en effet, qu'il existe une liaison remarquable entre l'appareil urinaire, à l'état de maladie spécialement, et les différentes parties du corps, les membres inférieurs en particulier :

1° Ainsi le pouls devient irrégulier, avec des intermittences très marquées dans plusieurs maladies des voies urinaires, notamment la pierre et la gravelle ;

2° On observe des troubles extraordinaires dans les fonctions digestives, et un état particulier de la langue, à la suite de toute irritation exagérée et persistante de l'urèthre et surtout de la vessie ;

3° Sous la même influence se manifestent fréquemment, dans la région sacro-lombaire, des douleurs opiniâtres, généralement attribuées aux lésions rénales et qui sont un retentissement des maladies du rectum, de la matrice ou de l'appareil urinaire ;

4° Il n'est pas rare d'observer, sur diverses parties du corps, chez les calculeux, en particulier, soit pendant les crises des douleurs de la pierre, soit à la suite de toute opération chirurgicale, ces boutons, ces pétéchies, ces plaques cuivreuses plus ou moins étendues que j'ai signalées depuis longtemps et dont on a constaté l'analogie avec certaines phlegmasies et certains abcès ;

5° Les surdistensions de l'urèthre, résultant spécialement de l'introduction forcée de bougies dans les cas de rétrécissements durs et peu ou pas dilatables, sont souvent accompagnées et plus souvent suivies de douleurs vives qui se propagent des aines, du pubis, aux extrémités des membres inférieurs et qui persistent plus ou moins, surtout lorsqu'il est survenu un accès de fièvre à la suite de l'opération ;

6° Ce qui est fréquent encore, ce sont les douleurs dans les articulations, les muscles des jambes en particulier, et jusqu'à la plante des pieds, résultant de la plénitude de la vessie et des efforts que fait le viscère pour se débarrasser de son contenu ; ces douleurs, quelquefois vives et toujours fort incommodes, sont tellement liées à l'état de plénitude de la vessie, qu'on peut les produire à volonté au moyen d'une injection, et les augmenter ou les diminuer, suivant que le viscère est plus ou moins distendu ;

7° Un grand nombre de vieillards, affectés de maladie des or-

ganes urinaires, éprouvent, en diverses parties du corps, des démangeaisons qui font le tourment de leur existence, et j'ai constaté fort souvent, que ces effets se rattachent à une lésion vésicale, et qu'il suffit de guérir celle-ci pour faire cesser un besoin impérieux de se gratter (1).

Indépendamment de ces observations, qui me sont propres, de ces faits que j'ai étudiés avec soin, ce dont mes ouvrages font foi, et d'après lesquels ma conviction s'est formée, je savais, avec la généralité des praticiens, que la phlegmasie des membranes muqueuses en général, et de l'urèthre en particulier, peut être accompagnée, surtout si elle persiste, de douleurs articulaires principalement, et de tuméfaction des membres, qui ont fait admettre tant de variétés diverses de goutte et de rhumatisme. Je disais en 1837 : On connaît depuis longtemps le rapport qui existe entre les articulations de la jambe et de la cuisse et certaines maladies de l'appareil urinaire ; il n'est pas rare de voir des hydropisies ou des enflures au genou se développer sous l'influence d'un écoulement uréthral, et surtout par le fait de la grossesse et de la parturition.

En face de ces faits, dont je n'énumère ici que les principaux, le siége de prédilection des désordres devait d'autant moins me surprendre, que les effets produits ne diffèrent en général que par des degrés d'intensité, ou par les causes sous l'influence desquelles ils se manifestent.

Mais je fus frappé, en 1826 et 1827, en observant les trois premiers malades, de l'invasion soudaine, de la marche insolite et de la terminaisons des accidents que je voyais pour la première fois. Les phénomènes généraux qui précédaient les symptômes locaux fixèrent aussi mon intention. A l'étonnement succéda l'observation attentive et réfléchie.

En cherchant à me rendre compte des phénomènes qui se succédaient sous mes yeux, je me trouvai bientôt en mesure

(1) J'ai commencé la publication de ces divers faits en 1827, page 224 de mon ouvrage sur la lithotritie ; — en 1828, page 98 de la deuxième lettre ; — en 1837, dans le présent Traité pratique ; — 1838, page 386 du Traité de l'affection calculeuse ; — 1840, dans le Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle ; — 1847, page 302 du Traité historique et pratique de la lithotritie.

d'appliquer aux nouveaux cas qui se présentaient, et les connaissances que j'avais acquises, et le traitement rationnel et curatif que réclame cette phlegmasie, lorsqu'elle a pris un certain développement, traitement qui consiste à donner une issue prompte à la sanie qui baigne les tissus affectés. En procédant de la sorte, on limite, on circonscrit l'inflammation, si l'on ne parvient pas à l'arrêter.

Je constatai, en 1832, chez le malade Deronléde, un effet qui, en se reproduisant dans d'autres cas, est devenu un argument puissant en faveur de cette pratique. Chaque moucheture, chaque incision produisaient un soulagement immédiat et soutenu.

Le résultat que j'obtins par cette médication hardie m'impressionna d'autant plus, que trois de mes quatre premiers opérés avaient succombé. En suivant la nouvelle route, je parvins à sauver les trois derniers.

Ainsi, dans les sept observations que j'ai recueillies et publiées, de 1827 à 1837, ont été constatés les principaux caractères et les différentes phases de la phlegmasie dont je m'occupe, c'est-à-dire son invasion soudaine, sa marche insolite, ses symptômes locaux, ses phénomènes généraux, les uns insidieux, les autres plus ou moins alarmants ; sa mobilité, son aptitude à se porter subitement d'un point à un autre; sa terminaison fatale lorsque l'art n'intervient pas à temps, et les divers modes de traitement à employer. En un mot, toute l'histoire de cette affection extraordinaire se trouvait indiquée.

Tous les malades avaient subi, depuis peu de temps, une opération dans la vessie ou dans l'urèthre ; presque tous avaient eu immédiatement un accès de fièvre ; chez tous, la phlegmasie s'était développée sur un point éloigné de celui que l'instrument avait touché. Dans tous les cas, même marche de la maladie, même produit de l'inflammation, avec la différence inhérente à la nature des tissus et au développement de l'état morbide.

A ces premiers faits, il faut en ajouter sept autres que j'ai recueillis de 1837 à 1840, soit dans la pratique particulière, soit à l'hôpital, où ils eurent de nombreux témoins, et que je reproduirai plus loin. Eh bien, ces quatorze observations, dont tous les détails sont publiés, sur un sujet non encore exploré, embrassant les plus intéressantes questions de la physiologie et de la

pathologie, et recueillies à Paris, de 1827 à 1840, ces observations ne paraissent pas être venues à la connaissance de M. le professeur Velpeau. Il déclarait (leçon du 30 juin 1840, publiée en 1841) (1), que les accidents du cathétérisme *n'avaient pas fixé l'attention des praticiens; qu'on n'en trouvait aucune description dans les auteurs;* et après avoir commenté un cas qui se présentait devant lui, il répète que cette grave maladie *a été passée sous silence par les auteurs : Vous n'en trouverez*, ajoute-il, *aucune description.* J'AI ÉTÉ PEUT-ÊTRE LE PREMIER A EN DIRE QUELQUES MOTS EN 1833, dans le *Dictionnaire de médecine ; je parlais alors de l'arthrite suite du cathétérisme.*

Est-il nécessaire de faire remarquer que M. Velpeau désigne sous les noms d'*arthrite*, d'*accidents suites du cathétérisme*, les mêmes lésions, les mêmes phénomènes que j'avais observés, et dont j'avais publié les détails en 1827, 1828 et 1837, ainsi que je viens de l'indiquer ? Ce sont toujours des phlegmasies, des collections purulentes, survenues dans les articulations et les masses musculaires des membres, à la suite d'opérations pratiquées dans l'urèthre ou dans la vessie (2).

Quoi qu'il en soit, mes observations n'ayant pas trouvé place dans la leçon de l'érudit professeur de la Faculté, je suis réduit à en constater de nouveau l'existence et à m'établir leur défenseur, si je ne veux pas qu'on les jette dans un puits, à côté de la vérité, ou qu'à l'exemple de ce qu'on a essayé de faire pour les mouchetures scrotales, dans le traitement de l'orchite (voyez l'article suivant), elles n'aillent grossir la masse des découvertes du chirurgien de la Charité (3).

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital de la Charité*, par le professeur Velpeau, recueillies et publiées par le docteur Pavillon, en 1841. t. III, p. 324 et suiv.

(2) Ceux qui connaissent l'activité dévorante de M. Velpeau et l'étendue de ses connaissances, ne comprennent pas qu'il ait pu ignorer ces faits nouveaux, extraordinaires, plus intéressants les uns que les autres, et que chacun était à même d'observer. Ceux qui ne le connaissent pas n'en seront pas moins surpris, surtout après avoir lu la phrase suivante, extraite d'un portrait de lui, tracé dans le *Journal des Débats* (1er février 1856), par une plume fort autorisée : « Esprit curieux et investigateur, qui se plonge dans les détails, qui est aux aguets des découvertes, qui approche de toutes les nouveautés, mais seulement pour en rechercher la valeur pratique. »

(3) La déclaration de M. Velpeau ne laissant pas une place au doute, a été

Deuxième série de cas.

Mes premiers faits avaient attiré l'attention des praticiens, et bientôt on recueillit d'autres observations; j'ai donné les détails de plusieurs d'entre elles dans la seconde édition de ce livre, où se trouvent aussi les nouveaux faits que j'avais observés de 1837 à 1842.

Huitième fait. — Lallemand parle d'un homme atteint de maladie des organes génito-urinaires, à l'ouverture du corps duquel, sans qu'on l'eût prévu pendant la vie, les muscles sous-scapulaires, sous-épineux et sus-épineux des deux côtés, ainsi que plusieurs muscles du cou, furent trouvés dans un état de suppuration.

Neuvième fait. — On a vu en 1839, à la Pitié, un homme de vingt-quatre ans qui, à la suite d'une blennorrhagie contractée un mois auparavant, ressentit, à la région hypogastrique de vives douleurs, suivies de difficultés d'uriner et de rétention d'urine. Ce malade était d'une grande faiblesse. On le sonda aisément; il sortit par la sonde un flot de pus, puis, de l'urine sanguinolente, et, enfin, du sang pur. Du reste, on ne découvrit rien d'anormal dans l'urèthre, ni au col de la vessie. L'urine conserva le caractère sanguinolent; elle ne sortait qu'avec la sonde, qu'on introduisait plusieurs fois par jour; on fit quelques injections émollientes; cependant la faiblesse faisait chaque jour des progrès; il se manifesta, dans les régions lombaire et anale, une douleur vive, qui persista. A la fin, le doigt, introduit dans le rectum, signala la présence d'un abcès à la région prostatique; cependant, l'introduction de la sonde n'offrait aucune difficulté. L'abcès s'ouvrit dans le rectum, par lequel sortit une grande quantité de pus. La fièvre augmenta, les nuits devinrent fort agitées; une douleur violente survint à la fesse gauche, mais sans change-

acceptée, sans qu'on ait pensé même qu'elle pouvait ne pas être exacte. Par suite, les amis de l'auteur, et même notre honorable confrère, M. le docteur Phillips (*Bulletin de thérapeutique*, page 211, 1858), ont répété que ce chirurgien *avait signalé le premier la production du pus dans les articulations à la suite du cathétérisme*, tandis qu'il s'est borné à reproduire, même incomplétement, ce que l'on savait. On en trouvera la preuve dans ses propres paroles que je reproduirai au § *traitement*.

ment de couleur à la peau. La percussion dénota un amas de liquide, qui s'échappa par une large incision faite aux parties extérieures. Le malade succomba. On trouva les reins sains, les parois vésicales hypertrophiées et la membrane muqueuse de la vessie recouverte d'une couenne d'un blanc grisâtre. Une énorme perforation existait à la paroi postérieure de la vessie, et l'ouverture était bouchée par l'intestin appliqué contre elle. Une petite déchirure se faisait remarquer à l'urèthre, près de la prostate, qui était saillante. Sur les côtés d'une ulcération, et en avant de la glande, on découvrit un vaste foyer purulent. Le rectum était perforé à sa face antérieure. C'est par là que s'était écoulé le pus de l'abcès. Les muscles de la fesse étaient d'un brun noirâtre, raccourcis et couverts d'un pus sanieux. Le tissu cellulaire de cette région était en partie détruit, et l'inflammation avait gagné, de proche en proche, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. La peau était décollée dans toute cette étendue. On ne put reconnaître la marche qu'avait suivie la phlegmasie de la fesse et du dos; il n'y avait aucune voie apparente de transmission.

Ce fait diffère des précédents sur plusieurs points ; il peut être rangé dans la catégorie des abcès urineux vagues. J'ai rapporté dans le tome II de cet ouvrage divers cas qui lui ressemblent ; cependant j'ai cru pouvoir le placer ici à cause de l'intérêt particulier qu'il présente.

Dixième fait. — A côté de ce fait vient s'en placer un autre, que j'ai indiqué déjà en traitant des abcès de la prostate, et dont il me suffira de relater les principales circonstances ayant trait au sujet qui m'occupe en ce moment. Un septuagénaire fut reçu à la Charité, en 1838, pour une rétention d'urine, spécialement attribuée à la tuméfaction de la prostate. Cette rétention, survenue à la suite de l'ingestion d'une bouteille de cidre dans l'estomac, fut combattue, au bout de trois jours, par l'usage de la sonde. Mais elle se reproduisit plusieurs fois, et devint même très grave. L'urine retirée, au moment de l'admission du malade à l'hôpital, était fortement ammoniacale; il y avait gonflement de la prostate et atonie de la vessie. Pendant le traitement, il se déclara une inflammation du testicule. Le cathétérisme présentait de grandes difficultés, dues à l'état de la prostate et à la sensibilité extrême du col vésical. On plaça une sonde

à demeure, qui ne put être gardée; ensuite on essaya de déprimer la tumeur prostatique à l'aide d'un instrument redresseur. On crut remarquer de l'amélioration; mais le mieux ne se soutint pas, et au moment où l'on s'y attendait le moins, il se manifesta, au mollet droit, un gonflement douloureux, auquel le sujet fit peu d'attention. Le lendemain, douleur au genou gauche, mais sans gonflement : état d'angoisse extrême, qui ne tenait pas à la plénitude de la vessie. Le surlendemain, vomissements, une selle liquide, voix presque éteinte, face vultueuse, pouls faible; le mollet gauche était gonflé, dur, tendu, plus violet que le reste du corps, très douloureux à la moindre pression. Tous les moyens mis en usage furent inutiles; le malade mourut.

Dans ce cas, on tint à peine compte de ce qui se passait du côté des extrémités inférieures; on ne s'occupa que du gonflement de la prostate, où l'autopsie révéla des lésions considérables, mais insuffisantes pour expliquer la fièvre, les symptômes généraux et la rapidité de la mort. Toutefois, on nota que les veines des membres inférieurs contenaient un peu de sang noir et grumeleux. Celles du membre gauche avaient leurs parois rouges, et renfermaient des caillots moins noirs, mieux liés; du pus était mêlé avec le sang.

Onzième fait. — En 1840, j'ai observé, dans mon service à l'hôpital Necker, un cas remarquable sous le point de vue du sujet dont il s'agit ici. Un homme de quarante-neuf ans avait éprouvé plusieurs gonflements articulaires des extrémités inférieures, depuis l'apparition de la maladie calculeuse. Pendant que je le soumis à la lithotritie, un gonflement considérable survint à l'articulation tibio-tarsienne gauche, et me fit juger prudent d'ajourner le traitement. Le malade en fut contrarié, d'autant plus qu'il jugeait cette tuméfaction sans importance. Effectivement elle n'eut pas de suites. Au bout d'un mois, l'opération fut reprise et achevée de la manière la plus heureuse. Toutefois, le malade conserva un peu de roideur et beaucoup de faiblesse dans la jambe gauche. Ici, comme on voit, l'accident différait beaucoup de ce qui avait été observé dans d'autres circonstancees. Il céda aux applications émollientes et résolutives. Mais le fait a son importance au point de vue de la thérapeutique;

il démontre d'ailleurs la connexion existant entre les organes urinaires et les articulations.

Douzième fait. — Un homme de quarante-cinq ans, d'une assez bonne constitution, disait avoir éprouvé depuis plusieurs années des douleurs dans la région des reins. Depuis deux ans aussi, il urinait avec peine; ses urines déposaient une grande quantité de sable rougeâtre, et chaque émission était suivie de vives douleurs au bout de la verge. Il y avait en même temps une constipation opiniâtre. Ce malade fut reçu en 1839 à l'hôpital Necker. La sonde fit découvrir dans la vessie une pierre, qu'on présuma être assez volumineuse. Dès lors on le soumit au traitement préparatoire, et au bout de huit jours je commençai la lithotritie. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération le malade rendit quelques fragments, sans éprouver aucun accident; mais, ce laps de temps écoulé, il eut de la fièvre, des vomissements violents et des douleurs vives dans l'abdomen; ces dernières cedèrent à des applications de sangsues, mais la fièvre persista, et des douleurs se firent sentir dans l'articulation tibio-tarsienne droite, où l'on remarqua un peu de gonflement, sans rougeur. Bientôt la douleur passa à l'articulation fémoro-tibiale, où elle alla toujours croissant, et où l'on remarqua une fluctuation sensible. Le malade fut pris d'une jaunisse bien caractérisée, et finalement il succomba. La rate était considérablement hypertrophiée. Les reins et les uretères n'offraient aucune trace de lésion. La vessie logeait un calcul du volume d'un œuf de pigeon, aplati sur deux de ses faces et brisé en plusieurs fragments. L'articulation fémoro-tibiale droite contenait beaucoup de pus; il y en avait aussi, mais moins, dans celle du genou gauche, et un peu dans celle du poignet droit.

Treizième fait. — Un homme, entré à l'hôpital Necker en 1840, avait été pris, deux ans auparavant, au milieu de son travail, d'envies d'uriner très vives, qu'il ne put satisfaire de quelques heures. Cette rétention d'urine céda cependant sans qu'on eût besoin de recourir au cathétérisme. Depuis lors, le malade éprouva des douleurs vives dans la vessie chaque fois qu'il voulait uriner. Ces douleurs se faisaient principalement sentir au bout de la verge après les émissions, qui finirent par devenir très fréquentes. Un médecin, qui eut recours à la sonde sans trouver de

calcul, n'en prescrivit pas moins les carbonates alcalins en grande quantité, avec des bains et des boissons diurétiques. Les douleurs, au lieu de diminuer, s'accrurent de jour en jour, et le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital. Le lendemain de son arrivée, on constata, avec la sonde, que la vessie contenait un calcul, et l'on commença de suite le traitement préparatoire de la lithotritie, à l'application de laquelle rien ne mettait obstacle. Le canal, qui s'était montré très sensible durant les premiers jours, permit bientôt d'introduire la bougie n° 9 sans douleurs. Le lendemain cependant, il survint un léger accès de fièvre, qui se renouvela, et fit suspendre les bougies. Cette fièvre cessa pendant quelques jours, puis reparut plus intense, accompagnée de douleurs dans les lombes, avec teinte safranée de l'urine. Quatre ou cinq jours après, sans que la fièvre eût cessé, il éclata tout à coup des douleurs tellement vives dans les genoux, que le moindre mouvement devint impossible. Ces douleurs s'étendirent tout le long de la partie postérieure de la jambe et envahirent l'articulation du pied. Des incisions pratiquées sur le derrière de la jambe et de nombreuses mouchetures ne procurèrent qu'un soulagement momentané. L'état général s'aggrava de plus en plus, et le malade succomba. La vessie, à cellules, contenait deux calculs aplatis, de la grosseur d'une noix moyenne et unis à leur face. Un vaste foyer purulent, qui s'étendait depuis l'articulation fémoro-tibiale jusqu'à celle du pied, avait envahi toute la partie postérieure de la jambe. L'articulation du genou contenait du pus. Les cartilages du tibia et du fémur étaient soulevés, et les os eux-mêmes commençaient à s'altérer. A la partie externe du fémur, au niveau de l'insertion de la portion interne du triceps crural, on trouva du pus disséminé.

Quatorzième fait.— Un jeune homme fut reçu à l'hôpital de la Charité, en 1840, pour une récidive de rétrécissement uréthral. La sonde pénétra dans la vessie. « Le lendemain du dernier cathétérisme, je le trouvai, dit M. Velpeau, atteint d'une fièvre très forte, qui se maintint malgré plusieurs saignées, diète absolue, boissons émollientes. Le genou droit devint douloureux et se gonfla d'une manière extraordinaire. Une arthrite devint manifeste. Malgré le traitement antiphlogistique le plus actif, les accidents persistèrent, la langue se sécha; le délire survint,

l'adynamie se déclara, et le malade succomba le sixième jour après l'invasion des premiers symptômes de sa maladie. »

Une petite excoriation récente dans la fosse naviculaire, plusieurs traces d'anciennes fausses routes, au-dessous du retrécissement, un tissu épaissi comme lardacé, inflammation des veines qui entourent la prostate, articulation du genou enflammée, contenant du pus, furent les seules lésions constatées par l'autopsie.

L'auteur dit qu'il avait parlé d'un troisième malade, sur lequel je reviendrai, et qui conserva des ankyloses à la suite de l'ouverture d'abcès dans les articulations tibio-tarsiennes (1).

Quinzième fait. — Un homme de cinquante-neuf ans entra à l'hôpital Necker, vers la fin de 1841, à cause de douleurs opiniâtres qu'il éprouvait dans l'urèthre et de quelques troubles dans l'excrétion de l'urine. Un examen attentif me fit connaître qu'il n'y avait ni pierre ni rétrécissement organique, mais que les parois uréthrales étaient denses et raides dans l'étendue de quelques millimètres. J'eus recours au traitement que j'ai adopté contre cet état morbide; les premières introductions de bougies procurèrent un soulagement notable. Déjà le malade se croyait guéri et demandait sa sortie, quand il survint tout à coup, sans cause appréciable, un mouvement de fièvre, qui alla en augmentant, malgré les moyens employés à le combattre. Bientôt se manifesta au genou gauche une douleur sourde et profonde, avec gonflement, mais sans rougeur; au bout de quelques jours, le malade ne put plus remuer le membre : la fluctuation devint manifeste. Je pratiquai, à la partie supérieure externe du genou, une incision profonde, qui donna issue à une grande quantité de

(1) On aura remarqué que ces phlegmasies se présentèrent dans une proportion inaccoutumée, pendant les années 1838, 1839, 1840 et 1841, tandis qu'elles sont si rares effectivement, qu'il se passe d'assez longues périodes de temps sans qu'on en observe une seule. Depuis 1842, je n'en ai vu qu'une dizaine. Les journaux n'en mentionnent quelques-unes que de loin en loin; or, s'il s'en était présenté, on n'aurait pas manqué de les publier à raison de leur importance.

Les irrégularités dans la fréquence proportionnelle de certaines maladies ne sont pas rares, et elles sont devenues parfois le sujet de curieux commentaires de la part de quelques chirurgiens, qui ont plus d'esprit que de science d'observation.

pus mal lié. On maintint la plaie ouverte, en continuant les applications émollientes. Un nouveau point de fluctuation surgit devant la rotule; il en sortit du pus semblable par une incision superficielle. Le malade, dont l'état général allait sans cesse en déclinant, demanda à rentrer dans sa famille.

Seizième fait. — L'*Examinateur médical* a cité, en 1841, le cas d'un homme chez lequel une fausse route avait été faite dans l'urèthre, au-devant de la prostate; huit ou dix jours après, survinrent des accidents, qui furent suivis de la mort. On trouva du pus dans les articulations des genoux et des épaules. L'une des veines crurales et axillaires était enflammée, ainsi que les plexus veineux prostatiques.

Dix-septième fait. — Un sexagénaire, de constitution lymphatique, dont la santé avait éprouvé de rudes secousses, fut traité, un an auparavant, dans un hôpital, par la lithotritie, dont le résultat ne fut pas aussi satisfaisant qu'on l'espérait. Il continua de souffrir plus ou moins, et dans l'espace de quelques mois les souffrances acquirent tant d'intensité, qu'il vint réclamer mes soins; mais son état me parut si grave que je ne conservai guère d'espoir de le ramener à la santé. En effet, il y avait chez lui paresse de vessie, lésion profonde de la prostate, difficulté de respirer, perte de l'appétit et du sommeil. Depuis quelques jours seulement, il était survenu un gonflement œdémateux du genou droit, s'étendant à la partie supérieure de la jambe et inférieure de la cuisse; les douleurs étaient peu vives et l'inflammation lente, mais étendue et très profonde; le malade quitta l'hôpital.

Dix-huitième fait. — Le docteur Nick cite le cas d'un homme de vingt-neuf ans, sujet à des difficultés d'uriner, par suite d'excès de boisson et de coït, et qui entra à l'hôpital pour une rétention complète d'urine. La sonde pénétra aisément; on retira une pinte de liquide. Le soir du même jour le malade urina sans le secours de la sonde. Le lendemain, état inflammatoire général, avec douleur à l'hypogastre. Le troisième jour, frissons, alternant avec des chaleurs; le quatrième, mêmes frissons, douleurs violentes au pied droit, endolorissement de tous les membres, surtout aux articulations, points douloureux sous l'une et l'autre mamelle, ce qui l'empêche de respirer. Mort le cinquième jour. Au pied droit, infiltration séreuse dans le tissu cellulaire, où se pro-

duisait, pendant la vie, une apparence de fluctuation ; surfaces articulaires correspondantes du pied offrant une couleur rouge, qui pénétrait dans l'épaisseur des cartilages et même des os. Le tissu cellulaire et les muscles du dos du pied étaient gonflés et infiltrés de sang. Du reste, on trouva l'urèthre libre et la prostate peu accrue de volume; mais le lobe gauche présentait une cavité, de la grandeur d'une noisette, contenant de la sanie purulente; les parois des foyers étaient fongueuses. La vessie était dans l'état normal. Sous le muscle grand pectoral gauche, au-devant des côtes, on découvrit une cuillerée de pus infiltré dans le tissu cellulaire.

Dans certains cas, l'inflammation n'a pas une allure franche; il survient à plusieurs reprises, dans une articulation, un léger gonflement accompagné d'un peu de douleurs qui peut persister longtemps à l'état chronique et finir par disparaître, au moins en grande partie. Les sueurs spontanées ou provoquées, et surtout les purgatifs et les dérivatifs contribuent puissamment à seconder l'action de la chirurgie.

Si les organes urinaires n'étaient pas visiblement affectés, dans ces circonstances on prendrait la lésion articulaire pour une attaque de rhumatisme.

Dix-neuvième fait.—N... avait eu au genou gauche une arthrite qu'on attribua au rhumatisme. Je ne sais si la pierre existait déjà à cette époque, mais depuis, sa présence dans la vessie est devenue une source de désordres. Il fut décidé qu'on aurait recours à la lithotritie, dont le traitement préparatoire dut être suspendu par de vives douleurs survenues spontanément au cou, d'où elles passèrent à la région précordiale, et s'y fixèrent; il s'y forma une collection purulente. Deux mois après, les accidents avaient disparu; je procédai à l'application de la lithotritie, qui a été douloureuse. La destruction de la pierre et l'extraction de ses débris ont exigé un grand nombre de séances, toutes suivies d'un accès de fièvre. Durant ce long traitement, le malade n'a rien éprouvé dans les articulations; mais six semaines après il y eut une nouvelle arthrite au genou gauche, primitivement affecté.

Remarques sur la deuxième série de faits.

Les faits que j'ai recueillis depuis 1837, et ceux qui ont été observés par d'autres chirurgiens, confirment généralement les déductions tirées de mes premières observations ; ils montrent de plus la lésion sous de nouvelles faces, avec des caractères variés. Sous ce point de vue le champ s'est beaucoup agrandi, mais la thérapeutique n'a pas suivi la même progression, au moins dans les cas graves, et pour les chirurgiens en général. Lorsque l'inflammation est superficielle et attaquée en temps opportun, on peut enrayer les accidents et obtenir des succès encourageants. Quelquefois, cependant, on ne fait que changer le siége des désordres. Si la phlegmasie a beaucoup d'étendue et atteint les tissus profondément situés, ou les organes intérieurs, les ressources de l'art sont souvent insuffisantes.

De courtes remarques doivent trouver ici leur place.

1° Chez mes malades, la phlegmasie ne s'est manifestée ordinairement qu'à une époque plus ou moins avancée du traitement pour la pierre ou pour les coarctations uréthrales ; plusieurs même touchaient à leur guérison, et c'est au moment où l'on s'y attendait le moins que se sont manifestés l'accès fébrile et la phlegmasie consécutive. Tel est le cas du n° 15. Dans la pratique d'autres chirurgiens, elle a paru peu de temps après l'opération, et elle a acquis en quelques heures une intensité qui a effrayé M. Velpeau. « Voici, dit ce chirurgien, des individus bien » portants, bien constitués et vigoureux, qui, à la suite d'un ca- » thétérisme pratiqué sans difficultés, sans douleurs, sont pris su- » bitement de frissons, de fièvre, de gonflement énorme des ge- » noux, de délire, d'adynamie, et cette scène se termine par la » mort. »

Cette différence est-elle l'effet du hasard, ou la manière dont on a procédé à l'opération a-t-elle exercé quelque influence? Si l'on rapproche ces cas de plusieurs autres dont j'ai pris note, cette dernière supposition serait la plus vraisemblable.

2° Les faits récents, corroborant les premiers, prouvent de plus en plus, que la phlegmasie occupe tantôt une partie fort restreinte, et tantôt elle envahit la presque totalité d'un membre ; ici ce

sont les tissus profonds, là les tissus superficiels ou les articulations, et même les téguments, qui sont plus particulièrement atteints, sans qu'on puisse s'en rendre compte.

3° Ce qu'on remarque dans le plus grand nombre des observations, c'est la tristesse profonde, le découragement, la faiblesse, l'accablement subit ; et, au siége de la maladie, on constate le gonflement, la rougeur, et surtout un empâtement qui paraît propre à ce genre de phlegmasie, envahissant les masses musculaires. Si l'articulation est affectée, il s'y fait un épanchement rapide. La douleur est si vive, dans certains cas, que le plus léger contact devient insupportable; sous ce rapport, cependant, il y a des exceptions; certains malades ne se plaignaient d'abord que d'une gêne, d'un engourdissement, d'une douleur vague dans la partie affectée; quelques-uns n'y font même pas attention, ainsi qu'on le voit, par les exemples du n° 11, et du malade Roulet, que j'ai cité à l'article précédent; ils considèrent l'accident du membre comme sans importance, ils demandent qu'on passe outre à l'opération. Si ma conviction n'avait pas été faite à cet égard, j'aurais sans doute méconnu l'étendue de la lésion, et elle aurait pris par suite un développement regrettable. D'autres chirurgiens n'ont connu les désordres que par l'autopsie. Dans quelques cas, les symptômes sont généralement peu graves, et un traitement simple de quelques jours suffit pour enrayer la maladie.

Quelquefois la phlegmasie prend une allure chronique : au lieu de souffrances vives c'est une gêne douloureuse avec ou sans gonflement, et une simple roideur dans l'articulation que le malade éprouve; il n'y a pas d'épanchement évident, le diagnostic peut rester incertain.

4° Ce qui m'avait frappé dans mes premières observations, et ce que tous les praticiens ont pu remarquer depuis, c'est la mobilité de cette inflammation qui se porte subitement d'un point à un autre, que ces points soient rapprochés ou distants, et que l'organe envahi diffère ou non par sa structure et ses fonctions de l'organe abandonné. Chez plusieurs malades, j'ai vu la phlegmasie se porter en peu de temps, des masses musculaires à une articulation, de celle-ci à une autre, des membres pelviens aux membres thoraciques.

Vingtième fait. — Roux a vu à l'Hôtel-Dieu, en 1841, à la suite de tentatives inutiles de lithotritie, un homme qui fut pris de douleurs dans les articulations, et qu'on aurait cru atteint de rhumatisme aigu sans les manœuvres qui avaient précédé; l'on constata après la mort, de la synovie purulente aux deux genoux et à l'épaule gauche, qui avaient été successivement affectés, d'une manière prompte.

5° Lorsqu'une articulation est envahie par la phlegmasie, elle se tuméfie et devient douloureuse. Les autopsies qu'on a faites jusqu'à ce jour n'ont été réellement utiles que pour faire connaître les désordres produits par la phlegmasie, même dans les endroits où l'inflammation n'avait pas été soupçonnée, ainsi qu'on l'a vu dans le cas observé par Lallemand. L'observation douzième entre autres est remarquable sous ce rapport; on trouva du pus non-seulement dans les articulations femoro-tibiales, mais aussi dans celle du poignet droit, où le malade n'avait accusé aucune douleur.

Le cas n° 13, observé en 1840, m'a révélé une particularité que je n'ai pas retrouvée, c'est une altération profonde des cartilages du genou par la phlegmasie. Dans le cas de M. Nick, les surfaces articulaires offraient aussi une couleur rouge qui pénétrait dans l'épaisseur du cartilage et même des os.

§ 1er. — Des causes des phlegmasies musculaires et articulaires consécutives.

Les causes des phlegmasies articulaires embrassent une série de questions dont on ne paraît pas avoir saisi la filiation véritable. On ne doit pas considérer cette phlegmasie comme une suite directe et immédiate des opérations chirurgicales. Entre celles-ci et celle-là il y a un agent intermédiaire qui me paraît jouer le principal rôle : c'est la fièvre, qui a ses causes propres, comme la phlegmasie a les siennes, sans compter que l'une et l'autre ont des causes communes, prédisposantes et occasionnelles. M'étant occupé des premières, je présenterai quelques considérations sur les secondes.

Les causes déterminantes de la phlegmasie qui nous occupe, sont plus nombreuses qu'on ne paraît le penser. Ce n'est pas

seulement après l'introduction dans l'urèthre d'une sonde, d'une bougie, d'un instrument lithotriteur qu'on observe les accidents; je les ai vus survenir à la suite de l'expulsion spontanée d'un gravier, et de l'arrêt d'un calcul dans le canal; ils ne sont pas rares après la taille, ce dont MM. Thore et Maunoury citent un remarquable exemple. L'uréthrotomie, les applications du caustique, les dilatations forcées de l'urèthre les produisent souvent; j'en ai cité divers cas; on les observe de même à la suite de l'opération de Tolet, injustement attribuée à M. Syme; ils ont été constatés chez deux malades dans l'urèthre desquels on avait porté des instruments destinés à redresser ce canal et à déprimer la prostate ; enfin toute irritation, toute phlegmasie de l'urèthre, du col et du corps de la vessie peuvent les produire. Ainsi l'arthrite et la blennorrhagie marchent souvent ensemble; l'hydropisie et l'enflure des jambes ne sont pas rares pendant la grossesse et à la suite de la parturition; on les observe aussi dans certains états nerveux des organes sexuels, chez la femme spécialement.

Il est peu probable que les opérations chirurgicales suffisent à elles seules pour occasionner les désordres. D'abord il ne faut point perdre de vue qu'on ne les observe pas chez tous les opérés, tandis qu'ils se manifestent chez des sujets qui n'ont pas subi d'opération. Faut-il ajouter que les manœuvres les plus douloureuses ne paraissent pas les produire plus souvent que les autres? On les voit survenir à la suite de celles mêmes qui n'inspirent aucune inquiétude. D'un autre côté, beaucoup de phlegmasies se sont développées à des intervalles si éloignés de l'opération, qu'on ne saurait être admis à présenter celle-ci comme la cause des accidents.

Les rapports entre la fièvre et la phlegmasie sont plus constants et plus réguliers. Cependant on a été conduit à admettre pour la phlegmasie, comme pour la fièvre, des prédispositions individuelles, des états morbides préexistants, dont la nature et le mode d'action nous échappent, mais dont l'existence ne saurait être contestée. Il est bien évident, par exemple, qu'un individu qui a été affecté, à différentes reprises, avant ou pendant le cours de la maladie, de douleurs musculaires ou articulaires, avec ou sans gonflements, périodiques ou accidentels, sera plus exposé

que tout autre aux accidents qui nous occupent. Ils seront plus à redouter surtout chez les malades très irritables, dont les douleurs articulaires préalables ont reparu ou se sont exaspérées à chaque crise de la maladie des voies urinaires, notamment la pierre et la rétention d'urine. Si, sous ces influences, les douleurs des membres acquièrent de la gravité ou s'accompagnent accidentellement de fièvre, le danger est plus imminent encore, et l'on pourrait même être autorisé à ne pas entreprendre certaines opérations. Chez deux malades de l'hôpital j'avais annoncé les accidents, et ils se sont produits; chez un autre malade de la ville je les craignais, et ils n'ont point paru.

On indique d'autres causes de ces phlegmasies, peut-être même très puissantes, mais au sujet desquelles on n'a émis encore que des opinions hasardées.

a. Parmi les désordres que l'autopsie a constatés on cite l'inflammation des veines qui entourent le col vésical, la prostate et les organes de la génération. Ce fait, en se répétant, a conduit les observateurs à penser que c'était là la véritable cause des phénomènes. D'un autre côté, j'ai remarqué plusieurs fois sur le vivant, alors même que les malades étaient faiblement atteints, que les veines superficielles des membres affectés étaient dures, résistantes, bosselées et douloureuses à la pression. A la vérité, je n'ai pas observé ces symptômes dans tous les cas, et l'autopsie ne montre que rarement des traces de phlébite. La question exige de nouvelles études.

b. Néphrite. — On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, des lésions rénales comme cause de la fièvre, et consécutivement, des phlegmasies articulaires. Assurément cette cause n'est que trop réelle; mais on ne saurait assez répéter que le diagnostic est toujours vague et incertain dans ces circonstances, et qu'on est souvent réduit à des suppositions.

Dans plusieurs cas, le malade Carcy entre autres, j'avais beaucoup redouté la néphrite, à raison surtout de la gravité des symptômes; j'avais même perdu tout espoir de sauver le malade. La disparition subite des douleurs rénales vint m'apprendre que ce n'était pas là le point de départ des accidents, et je parvins à les écarter par un traitement approprié.

c. A côté de cette cause vient s'en placer une autre, qui pré-

sente un grand intérêt, et dont je me suis déjà occupé, c'est la résorption purulente.

Mais ici la question se complique, et une première distinction me paraît nécessaire.

1° Dans plusieurs cas, il serait difficile d'établir que du pus a été résorbé, puisqu'il n'y en a pas de formé. En effet, lorsqu'un malade, bien portant d'ailleurs, a été sondé le matin, qu'il est survenu, deux heures après, un accès de fièvre, et qu'on voit apparaître le lendemain un gonflement inflammatoire des articulations ou des muscles, très éloignés du lieu touché par la sonde, on ne saurait être admis à supposer une résorption purulente. Faut-il ajouter que le plus souvent l'autopsie ne fait pas découvrir de pus dans les organes particulièrement malades?

2° Cette théorie de l'infection purulente trouve mieux à s'appliquer aux cas dans lesquels un abcès existe à la partie profonde de l'urèthre, au col vésical, plus ou moins avant le développement des accidents secondaires : ainsi à la suite des fausses routes, des ruptures uréthrales, de la taille, de l'uréthrotomie, et quelquefois sans causes appréciables, il n'est pas rare d'observer des abcès à marche lente, dont le contenu peut être résorbé et causer les désordres. J'ai cité plusieurs cas de ce genre au premier volume de ce *Traité*. Je dois rappeler aussi que, chez trois des premiers malades dont j'ai rapporté ci-dessus l'observation, des abcès voisins de la vessie avaient précédé la phlegmasie des articulations.

A la suite de la section périnéale externe et des dilatations forcées de l'urèthre, des inflammations et des collections purulentes locales ont précédé de même ce qu'on appelle les abcès métastatiques. Par une particularité inexpliquée, ce sont alors les organes intérieurs qui sont plus particulièrement affectés, tandis que les articulations et les masses musculaires des membres le sont plus rarement ; j'ajouterai que les caractères principaux de l'affection secondaire diffèrent alors essentiellement de ce qu'ils sont dans les premiers cas; souvent même, ces symptômes restent entièrement inaperçus, et l'on ne découvre les désordres qu'après la mort.

d. Il y a une autre résorption que j'ai indiquée depuis long-

temps et que j'ai rappelée dans l'article précédent : c'est même celle qui me paraît exercer la plus grande influence dans la production des phénomènes morbides, se rattachant à une lésion de l'appareil urinaire. Je veux parler de l'urine résorbée et de ses matériaux portés dans le sang. Cette question est beaucoup plus importante qu'on ne paraît le penser. Ayant présenté de nombreuses observations sur ce sujet, dans mes ouvrages antérieurs (1), je ne la mentionne que pour répéter une fois de plus qu'à la suite du séjour prolongé et plus ou moins forcé de l'urine dans son réservoir, la résorption s'effectue en quantité non déterminée, mais de la manière la plus évidente.

Cette doctrine, que je professe depuis trente années, et que viennent appuyer aujourd'hui et les intéressantes expériences de mon collègue et ami M. Claude Bernard (2), et les analyses chimiques entreprises par Joseph Picard et autres, est aussi celle que paraît avoir adoptée M. le professeur Velpeau, toutefois avec des différences que je dois signaler. Pour ce chirurgien, l'urine est un des liquides les plus dangereux, les plus perfides de l'économie, et qui produit les ravages les plus affreux *quand il est sorti de ses canaux naturels ;* c'est ce que tous les chirurgiens savent ; mais M. Velpeau me paraît rester dans le vague lorsqu'il ajoute (3) : « Serait-il donc étonnant que quelques-uns de ses principes, *forcés on ne sait comment de rentrer dans le torrent de la circulation, par suite de l'opération du cathétérisme pratiquée dans certaines conditions peu ou mal connues, ne devinssent la cause de tous les phénomènes ?* » M. Velpeau n'alla pas plus loin, par la crainte, dit-il, de s'égarer dans le champ des hypothèses.

Le passage que je viens de transcrire semble prouver que M. Velpeau et moi nous n'envisageons pas de la même manière le fait capital de la résorption urineuse. Pour lui, la résorption ne paraît s'exercer que sur l'urine épancliée. Pour moi, l'urine

(1) Indépendamment des chapitres consacrés dans ce volume, à la stagnation de l'urine et au catarrhe vésical, on peut consulter ma *Deuxième lettre sur la lithotritie*, 1828, le *Parallèle*, 1836, le *Traité de l'affection calculeuse*, 1838, dans lesquels j'ai étudié, à l'endroit de l'affection calculeuse, l'influence de la stagnation et de la résorption de l'urine sur le résultat des opérations.

(2) *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*. Paris, 1859.

(3) *Loc. cit.*, p. 329.

résorbée n'est pas sortie de ses réservoirs naturels; elle y séjourne, au contraire, un temps extraordinaire. Pendant des mois, des années; la vessie, dont les parois sont frappées d'inertie, reste dans un état permanent de plénitude; le liquide reflue dans les uretères et les calices des reins, qui se dilatent, s'élargissent. C'est sur ce liquide en stagnation et plus ou moins altéré que l'absorption me paraît s'exercer, non d'une manière brusque, spontanée, mais avec lenteur et persévérance; et c'est seulement à la longue que s'établit l'état morbide général dont j'ai tracé le tableau au chapitre de la *Stagnation de l'urine*.

§ 3. — Traitement des phlegmasies articulaires et musculaires consécutives.

1° *Considérations préliminaires.*

M. Velpeau disait à ses élèves (1) : « Le plus important à connaître serait le traitement de l'inflammation articulaire consécutive. Malheureusement je ne puis rien vous dire à son sujet..... J'ai employé sans succès les saignées, les sangsues, les émollients, les antispasmodiques; la maladie a marché malgré ces moyens, ou elle s'est arrêtée d'elle-même, et sans qu'on ait rien fait. » Il n'est pas possible de mettre le praticien plus complétement de côté dans le traitement de cette maladie.

Sans nul doute, le célèbre professeur se trouvait sous l'influence de la stupeur dont il se sentit frappé à la vue de quelques accidents qui paralysaient ses moyens.

Les auteurs qui sont venus ensuite, adoptant les opinions professées à l'hôpital de la Charité, et persuadés qu'on ne saurait faire mieux, ont prescrit le même traitement, auquel ils ont ajouté les préparations de quinquina, dans le double but de prévenir la fièvre et de combattre les désordres consécutifs. Le résultat n'a pas été heureux, comme il était facile de le prévoir; cependant on persiste dans la même voie, comme le prouvent des publications récentes, entre autres un article de l'honorable M. Phillips (2). Mais l'art est-il réellement aussi dépourvu de ressources

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale, loc. cit.*, p. 330.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 18 septembre 1858.

utiles que le pensent M. Velpeau et ses amis? Je présenterai ici quelques remarques sur les moyens que j'emploie, et les résultats que j'obtiens suffiront pour rassurer les praticiens.

On ne perdra pas de vue que la phlegmasie musculaire et articulaire est précédée immédiatement, dans beaucoup de cas, d'une fièvre, à laquelle on oppose le traitement indiqué plus haut. D'un autre côté, on ne doit pas confondre cette fièvre d'accès avec celle qui suit et qui accompagne l'évolution de la phlegmasie consécutive; ce sont, je le répète, des états fébriles différents, ayant même des caractères tranchés et se succédant l'un à l'autre. La fièvre primitive se trouve transformée, au moment et par le fait même de l'invasion de la phlegmasie, et elle prend presque toujours le type continu. Quelquefois elle semble perdre de son intensité, et le praticien, dont l'attention est absorbée par les phénomènes inflammatoires locaux, n'en tient pas suffisamment compte. Chez quelques malades, néanmoins, la fièvre consécutive, effet de la phlegmasie et de la formation du pus, présente des caractères alarmants, ce que j'ai vu plusieurs fois; chez d'autres, la fièvre, qui était à peine appréciable avant la phlegmasie, est devenue par le fait du travail inflammatoire aussi intense qu'opiniâtre.

Je ferai observer que le chirurgien a devant les yeux des cas plus graves que ceux qui sont relatés dans l'article précédent. Les malades ont tout à la fois la fièvre et la phlegmasie, qui exigent chacune un traitement spécial, sur lequel d'ailleurs les états morbides de la vessie, antérieurs à l'accident, exercent une grande influence.

Supposons un homme plein de force et de vie, dont les fonctions s'exécutent régulièrement, qui se trouve subitement attaqué de la fièvre et de la phlegmasie, à la suite d'un cathétérisme régulier : en ce qui concerne le traitement local, les forces vitales se trouvant en excès, la conduite des praticiens est toute tracée. Les émollients et les sédatifs font la base de la médication, surtout au début. Sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique il n'y a pas d'erreur possible.

Combien la position est différente lorsqu'il s'agit d'un homme dont l'urèthre et le col vésical sont sains, mais dont la vessie est ou devient inerte? Les besoins d'uriner se rapprochent; il ne peut

les satisfaire qu'en poussant; l'urine sort par un petit jet, quelquefois par gouttes en commençant et en finissant, et elle n'a jamais été expulsée en totalité. Cet état peut durer plusieurs années. Le malade ne souffre pas; il vit comme tout le monde, et il s'accoutume à uriner mal et incomplétement.

Après un temps qu'on ne saurait préciser et qui varie beaucoup, le malade croit s'apercevoir que ses forces diminuent, que les courses le fatiguent, que sa marche est moins assurée, que l'appétit est moins franc : les besoins d'uriner se rapprochent; il lui faut un peu plus de temps pour les satisfaire, et la quantité d'urine expulsée est moindre, quoique toujours rendue sans souffrances. Le malade vit dans un état de quiétude parfaite, bien qu'il ait parfois un sentiment de faiblesse. A la suite d'une fatigue musculaire, d'un écart de régime, et même sous l'influence de la saison froide et humide, l'urine prend de l'odeur, devient quelquefois louche et contient des dépôts; le malade se croit atteint de catarrhe vésical : ou bien les difficultés d'uriner augmentent, le malade ne satisfait ses besoins qu'avec une extrême lenteur; son ventre grossit, la rétention d'urine survient : ou bien encore l'urine sort involontairement.

C'est toujours pour un catarrhe, une rétention ou une incontinence d'urine que le malade consulte, ne faisant remonter la maladie qu'à l'apparition des nouveaux phénomènes. Pour peu que le praticien manque d'expérience ou d'habitude de traiter les maladies des voies urinaires, il ne voit, comme le malade, que l'incontinence, la rétention d'urine ou le catarrhe vésical. Sous l'influence de la médecine du symptôme, qu'on adopte presque toujours dans ces cas, les phénomènes peuvent être modifiés, mais l'état général s'aggrave de plus en plus, et c'est alors seulement qu'on est appelé à executer les explorations et les manœuvres opératoires à la suite desquelles surviennent les désordres qui font l'objet spécial de ce chapitre.

Pour comprendre toute la différence que présente la position du chirurgien dans ces circonstances, il suffit de se rappeler ce qui se passa chez les malades de la deuxième catégorie, même dans les cas les moins graves.

Aussi longtemps qu'on ne touche pas à ces individus, et qu'il n'y a rien de changé dans leur régime et leurs habitudes, ils ne

paraissent pas trop gravement atteints; ils ne souffrent pas. Quoique sous l'influence d'un état fébrile permanent, ils vaquent à leurs affaires, et ce n'est que de loin en loin qu'ils se plaignent d'être faibles ou d'éprouver quelques dérangements de l'estomac; mais au moindre changement d'état et d'habitude, et par suite d'une secousse, d'un ébranlement quelconque, et surtout d'une opération dans le but d'explorer l'organe ou d'évacuer l'urine, il survient des désordres considérables. La fièvre, qui passait inaperçue, redouble et prend des caractères inquiétants. Tantôt l'inertie vésicale augmente et l'urine n'est plus expulsée; si elle continue de sortir naturellement, le malade éprouve des douleurs qu'il ne connaissait pas. Il survient un grand malaise, la faiblesse augmente, l'appétit se perd et le sujet maigrit avec une rapidité prodigieuse. Je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens sur cet état trop peu étudié et dont je me suis occupé dans l'article précédent, et surtout en traitant de la stagnation de l'urine; il forme l'un des points les plus obscurs de la pathologie des voies urinaires. En de telles circonstances, le développement d'une phlegmasie musculeuse ou articulaire est un accident presque toujours funeste.

Il y a deux périodes distinctes dans le traitement de la phlegmasie qui nous occupe. On cherche d'abord à combattre les accidents immédiats. C'est la période la plus critique, pendant laquelle se décide subitement le salut ou la perte du malade. Les moyens à employer appartiennent les uns à la médecine, et les autres à la chirurgie; à leur application se rattachent des questions importantes. Je reviendrai sur ce sujet en exposant le traitement local.

Dans la seconde période, il s'agit de compléter le résultat obtenu par les premiers soins et d'assurer la marche de la convalescence. Cette partie du traitement dans laquelle la conduite des praticiens paraît plus nettement tracée, offre aussi ses incertitudes et ses difficultés. J'ajouterai qu'on se trouve souvent en présence de la pratique routinière et d'opinions généralement admises qui deviennent des obstacles sérieux : le fait suivant dont je relaterai les principales circonstances en fournit la preuve.

Vingt et unième fait. — Un des plus honorables praticiens de Paris éprouva, il y a quelques années, des besoins fréquents et

douloureux d'uriner avec un trouble manifeste des principales fonctions de l'économie. Ses amis soupçonnant l'existence d'un calcul vésical, je fus consulté. D'après l'exposé très lumineux que le malade me fit de sa position, je pensai que nous avions affaire à une inertie de la vessie avec un léger catarrhe, accompagnés de fièvre, de malaise et de faiblesse progressives. Je prescrivis mon traitement contre la stagnation de l'urine, et au bout de trois semaines les accidents avaient cessé; bientôt notre confrère fut en état de reprendre les soins de sa clientèle.

Plus de cinq ans après, à la fin de 1854, ce praticien réclama de nouveau mes soins; je le trouvai dans une position fort critique; il avait depuis longtemps renoncé à l'usage de la sonde, et sa vessie, ne se vidant plus de tout le liquide qu'elle contenait, avait acquis une grande capacité; sa surface interne était devenue le siége d'une phlegmasie chronique. Il y avait de la fièvre avec une grande faiblesse, et des douleurs musculaires dans les membres, les lombes et les parois de la poitrine; toutes les fonctions étaient plus ou moins troublées. Au milieu de tous ces phénomènes morbides on ne parvenait pas à constater une maladie caractérisée; déjà on avait employé sans succès divers moyens du ressort de la médecine. MM. Chomel et Cruveilhier furent appelés. L'examen du malade fut fait avec le soin et l'habileté que ces grands praticiens apportent à l'exercice de leurs fonctions; cependant on ne parvint à déterminer ni la nature ni le véritable siége du mal.

Lorsque vint mon tour d'exprimer mon sentiment, je rappelai l'état morbide, analogue, mais moins avancé, pour lequel j'avais donné mes soins à notre confrère, et le résultat que j'avais obtenu quelques années auparavant, et j'ajoutai que les désordres pour lesquels nous étions réunis, me paraissaient tenir à la même cause. Cette opinion fut adoptée. Il fut convenu qu'on viderait la vessie aussi souvent qu'un besoin pressant d'uriner se ferait sentir : par ce moyen le malade ne fut plus réduit, de 20 à 30 fois par jour, à faire de pénibles efforts pour uriner, qui l'épuisaient et le privaient de tout repos. Dès le troisième jour il se manifesta un peu d'amélioration; le pouls perdit de sa fréquence, la bouche fut moins sèche; l'estomac admit un peu plus de boissons, l'urine s'éclaircit et le malade recouvra le sommeil.

Le passage de la sonde qui était d'abord assez pénible, devint plus facile et moins fatigant ; les douleurs du dos et des membres diminuèrent. A la fin de la première semaine nous étions déjà rassurés sur les suites d'un état morbide qui nous avait donné les plus vives inquiétudes.

Bientôt la convalescence s'établit franchement, et le malade commença à uriner ; mais on se hâta trop de diminuer le nombre des sondages, il arriva même que pour ne pas déranger le chirurgien chargé de pratiquer cette opération, le malade resta pendant douze heures sous l'influence de besoins non satisfaits. La vessie se contractait, mais sans résultat ; il survint un malaise général, des douleurs à la région pubienne, et la première urine qu'on retira par la sonde, était bourbeuse, légèrement brune et fétide. Il y eut une réaction immédiate ; de 80, les pulsations du pouls furent portées à 130 ; le malaise général, la faiblesse, l'accablement, la sécheresse de la langue reparurent, et en quelques heures le malade se retrouva dans ses plus mauvais jours. Un changement aussi subit impressionna vivement les personnes qui entouraient le malade : elles ne comprenaient pas que quelques envies d'uriner et quelques efforts pour les satisfaire pussent avoir de telles conséquences : mais ce qu'on ne comprenait pas d'abord devint bientôt évident pour tout le monde.

Ce n'était là pour moi que la suite de la stagnation de l'urine et des contractions douloureuses de la vessie pour chasser ce liquide : j'insistai plus que jamais sur la nécessité de sonder le malade plus souvent et plus régulièrement, bien qu'il rendît actuellement une partie de l'urine. Sous l'influence particulière de ce rtaitement, purement local, les nouveaux phénomènes morbides disparurent, et la convalescence reprit son cours. Afin d'en activer la marche, on prescrivit divers moyens du ressort de la médecine, auxquels je donnai mon adhésion complète. Il ne survint pas d'autres accidents notables, et le malade, malgré son grand âge, ne tarda pas à reprendre l'exercice de sa profession. La première visite me fut consacrée et il me promit bien de de ne plus négliger l'emploi de la sonde.

Ce qui s'est passé chez notre estimable confrère n'est pas un fait isolé ; j'ai obtenu le même succès dans un grand nombre de circonstances analogues.

Nous venons de voir dans ce cas, et l'on retrouve dans beaucoup d'autres l'éloignement du malade pour l'usage de la sonde, alors même qu'ils n'en souffrent plus, et que son introduction est plutôt un assujettissement qu'une opération. Cette espèce d'aversion est partagée par beaucoup de médecins, même parmi les plus éclairés; on les voit tous les jours, dans le but d'épargner au malade les douleurs du cathétérisme, leur donner le regrettable conseil de résister aux besoins d'uriner et de ne céder que lorsqu'ils sont vaincus par la douleur. Encore une fois cette pratique routinière est fatale aux malades, ce que prouvent en toute évidence les faits nombreux dont j'ai publié les détails. Je n'ai pas à revenir ici sur ce sujet.

Après ces remarques, je passe à l'exposé des moyens que j'emploie et qui varient, suivant qu'il s'agit d'une inflammation musculaire ou d'une arthrite.

2° *Traitement de la phlegmasie musculaire.*

1° Après avoir combattu la fièvre primitive, je m'attache aux premières douleurs locales, aux premiers indices de la phlegmasie, qui se déclare, soit dans les muscles, soit dans les articulations. Je fais placer le malade dans une chambre chaude; je prescris la diète et un repos absolu, une légère infusion de thé, de camomille, ou toute autre boisson légèrement aromatique. Je fais couvrir la partie douloureuse de cataplasmes émollients à la température du corps, et renouvelés toutes les quatre heures.

Le lendemain, la douleur est moindre, les angoisses ont diminué, et la phlegmasie se termine par avortement. Ce sont les cas les plus heureux.

2° Dans plusieurs circonstances, la phlegmasie paraît cesser, mais en réalité elle ne fait, le plus souvent, que changer de place; ce que j'ai observé plusieurs fois.

Vingt-deuxième fait. — Un malade de l'hôpital, uréthrotomisé le 15 octobre 1859, tomba, à la suite d'un accès de fièvre modéré, dans un état d'anxiété extrême, avec des douleurs vives au mollet droit; le lendemain elles s'étaient portées à la cheville, mais plus faibles. Le jour suivant, les deux côtés du thorax de-

vinrent douloureux ; il y avait de la dyspnée ; on appliqua des ventouses scarifiées, qui produisirent de bons effets. Deux jours après la douleur se manifesta de nouveau au mollet droit, mais faible ; elle a finalement cessé, et le traitement contre la coarctation uréthrale a été repris.

J'ai cité le cas d'un malade traité à l'hôpital en 1840, chez lequel il survint, à la suite de la première séance de lithotritie, un gonflement considérable et douloureux, à l'articulation tibio-tarsienne. Sous l'influence des antiphlogistiques et des résolutifs les accidents cessèrent et l'on reprit ensuite, avec tout le succès désirable, le traitement par la lithotritie. Je dois rappeler que, pendant le cours de la maladie, cet homme avait eu plusieurs gonflements analogues de la jambe, mais moins développés, et qui s'étaient terminés aussi en peu de temps.

Chez deux autres calculeux, le traitement par la lithotritie fut aussi interrompu, l'un par une arthrite, et l'autre par une phlegmasie du mollet ; ces accidents consécutifs se sont terminés par une résolution prompte, et les opérations pour la pierre ont été reprises, et se sont terminées très heureusement.

3° Dans les cas plus avancés, la douleur augmente, et à la seconde visite, on trouve le malade avec une forte fièvre, un abattement considérable et dans un état d'angoisse inexprimable ; la partie affectée est rouge, tuméfiée, quelquefois avec un empâtement difficile à apprécier, tant le malade souffre du simple contact des doigts. Les sangsues, même en grand nombre, que j'ai fait appliquer, et les opiacés à haute doses que j'ai prescrits, à différentes reprises, n'ont jamais complétement réussi ; sous leur influence, la douleur diminue, mais le gonflement augmente ainsi que l'empâtement, et presque toujours l'état général s'aggrave. Les moyens du ressort de la médecine sont impuissants : j'ai vu succomber en peu de temps plusieurs de mes malades ; d'autres chirurgiens n'ont pas été plus heureux. Il est urgent de prendre un parti : il faut procéder comme on le ferait si le travail phlegmasique était à son terme, comme s'il y avait une fluctuation manifeste. On pratique sur la partie tuméfiée, et suivant l'indication, une suite de mouchetures ou d'incisions plus ou moins profondes, par lesquelles s'écoule une sérosité abondante, mêlée de sang. Comme le pus ne paraît que plus tard,

et toujours d'une quantité non proportionnée à l'étendue des incisions pratiquées, il est prudent de prévenir la famille qu'il s'agit, non d'ouvrir un abcès, mais bien d'en prévenir la formation. Ici, comme à la suite des infiltrations urineuses, l'étendue et la profondeur des incisions assurent le succès du traitement.

C'est le seul procédé qui ait réussi quelquefois dans les cas graves qui se sont offerts à moi, et dont le plus remarquable est celui du malade Deroulède. Le résultat est d'autant plus prompt et plus certain qu'on opère plus tôt. C'est pour avoir trop attendu, au commencement de ma pratique surtout, que j'ai vu survenir une série d'abcès successifs, et une suppuration abondante qui a mis la vie des malades en danger. Tandis que, en devançant la formation du pus, on parvient souvent à limiter la maladie, et l'on n'a ensuite à combattre que des collections purulentes très circonscrites.

Je ne saurais trop le redire, la position du chirurgien est souvent difficile en présence de ces cas plus graves les uns que les autres.

Le *melius anceps quam nullum* trouve ici une juste application.

Je citerai encore un fait, avec d'autant plus de raison qu'il s'y rattache des considérations très importantes.

Vingt-troisième fait.— En 1858, j'ai donné des soins à M. L... (du Havre), affecté d'un rétrécissement uréthral ancien, à la suite duquel étaient survenus des tumeurs, des abcès urineux et un délabrement considérable de la santé générale, qui avait donné des inquiétudes sérieuses à sa famille.

Lorsque je vis le malade, il avait de la fièvre avec quelques paroxysmes. Cependant je commençai le traitement de la coarctation uréthrale par le procédé de la dilatation temporaire. Mais une tumeur qui paraissait stationnaire à la symphyse pubienne, augmenta de volume et se ramollit; elle fut incisée profondément et il s'écoula une grande quantité de pus bien lié. Le malade fut soulagé, mais moins que je ne m'y attendais, et huit jours après survinrent des douleurs vives au mollet, avec empâtement, rougeur à la peau et une sensibilité telle, que le plus léger contact devenait insupportable. Les applications émollientes et sédatives produisirent quelque bien; la sensibilité en particulier diminua d'une manière notable. Cependant cet état, auquel se joignaient

la fièvre et le trouble des principales fonctions, nous inspirait les plus vives inquiétudes à M. Louis et à moi, lorsqu'apparut tout à coup une sueur très abondante qui mit fin à tous les accidents locaux et généraux. Cette sueur, qui n'avait été précédée d'aucun frisson, que nous n'avions pas provoquée, revint spontanément les nuits suivantes, pendant huit jours, presque à la même heure, et toujours assez copieuse pour faire craindre que le malade n'en fût affaibli. Loin de là, M. L... sentait ses forces et son état de santé revenir sous l'influence salutaire de cette sueur, et bientôt il fut en état de retourner au Havre. Il parut prudent d'ajourner le traitement de la coarctation uréthrale, qui n'a été repris qu'en 1859, et il s'est terminé de la manière la plus heureuse sans le moindre accident.

Chez plusieurs malades j'avais remarqué les bons effets des sueurs abondantes, spontanées, sans frisson préalable ; elles ont mis fin à des douleurs locales et à des phénomènes généraux vagues, réfractaires aux moyens dont l'art dispose ; mais dans aucun cas le résultat n'a été ni aussi prompt ni aussi patent que chez le malade L...

3° *Traitement de la phlegmasie articulaire.*

Lorsque le chirurgien se trouve en face d'une arthrite, avec épanchement de liquide dans l'articulation, sa position est toujours difficile. Il ne saurait donc s'attacher avec assez de soin à combattre la phlegmasie au début et à obtenir, par les moyens usités, les vésicatoires spécialement, la résolution du liquide épanché. Dans plusieurs cas simples, j'ai obtenu des résultats qui dépassaient mes espérances. Mais ce n'est quelquefois qu'à la suite d'un long traitement que la guérison se complète et se consolide.

Vingt-quatrième fait. — Chez un malade dont la vessie fonctionnait péniblement et auquel nous avons donné des soins, MM Michon, Goupil et moi, il survint spontanément, pendant l'usage de la sonde destinée à évacuer l'urine, plusieurs fois par jour, une arthrite du genou droit avec gonflement très douloureux, épanchement de liquide, fièvre continue, symptômes d'autant plus inquiétants, qu'il s'agissait d'un malade épuisé. Après

deux mois d'un traitement actif et exactement suivi, la résolution du liquide épanché dans l'articulation fut à peu près complète ; mais le malade conserva pendant une année au moins un engourdissement, une rigidité douloureuse du genou, dont les mouvements, d'abord très limités, ne se sont complétement rétablis qu'à la deuxième année.

Vingt-cinquième fait. — Chez le malade M... il était survenu, à la suite de deux tentatives prolongées de lithotritie, faites par Amussat, un abcès à l'articulation de l'épaule et un autre à celle du genou. Le cas était fort grave, il fut décidé, du moins d'après le récit du malade, dans une consultation, qu'on ouvrirait les abcès par la méthode sous-cutanée. Le résultat fut satisfaisant, et environ quatre mois après, j'ai lithotritié ce malade avec le plus grand succès et sans qu'il y ait eu la moindre phlegmasie articulaire.

Dans un cas, M. Velpeau a ouvert les articulations tibio-tarsiennes. Le malade a conservé deux ankyloses.

Chez un malade de mon service, déjà noté, j'ai dû songer aussi à donner issue à une grande quantité de liquide accumulé dans l'articulation du genou droit. J'en ai été détourné par l'étendue de la phlegmasie à la presque totalité du membre. Le malade succomba trois jours après.

Quelque effroi que doivent inspirer les phlegmasies, soit articulaires, soit musculaires, qui surviennent à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre ou la vessie, on ne doit pas désespérer d'obtenir d'heureux résultats par un traitement judicieux et régulièrement suivi ; les faits que je viens de relater en font foi. J'ajouterai même que les guérisons obtenues se consolident quelquefois en peu de temps, au point que les malades ont pu reprendre avec succès le traitement que l'invasion de la phlegmasie avait fait suspendre, et qui a été continué comme s'il n'avait pas été interrompu.

Aux faits déjà cités j'ajouterai le suivant qui intéressera, surtout en raison des complications dont il a offert l'exemple.

Vingt-sixième fait. — M. Armet de Lisle, souffrant un peu de la vessie et beaucoup de l'estomac, avait eu plusieurs fois aux jambes, des éruptions de gros boutons rouges douloureux et des plaques, avec des démangeaisons insupportables. Je crus pou-

voir rattacher ces éruptions à l'existence d'un calcul vésical, qui avait été méconnu. Je préparai le malade à la lithotritie, dont la première séance fut suivie, deux jours après, d'une rétention d'urine avec fièvre, hoquets, nausées. L'éruption reparut aux jambes, mais plus profonde et plus développée qu'elle ne l'avait été jusque-là, et accompagnée de douleurs vives et de gonflement. Le traitement par la lithotritie fut suspendu. Le praticien qui voyait le malade avec moi et la famille de M. Armet redoutaient, par-dessus tout, la reprise de l'opération, à laquelle ils rapportaient tous les désordres. Cependant la lithotritie fut reprise et continuée jusqu'à la fin sans accident. Le malade guérit parfaitement, et, malgré son âge avancé, il a vécu dix ans ensuite en très bonne santé. Il fallait être fixé, comme je l'étais, sur la nature de la maladie pour ne pas craindre le retour des phénomènes.

ART. III. — DES ENGORGEMENTS DU TESTICULE ET DU CORDON SPERMATIQUE PENDANT LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'URÈTHRE.

§ 1. — Phlegmasie aiguë.

Parmi les accidents qui surviennent pendant les maladies de l'urèthre, et surtout après les opérations pratiquées dans ce canal, je n'en connais pas de plus fréquents que le gonflement inflammatoire des cordons spermatiques, et surtout des testicules et de leurs enveloppes (1).

La pratique journalière constate qu'il existe une liaison intime entre l'urèthre, le col vésical et les organes génitaux, et que ces derniers reçoivent l'influence de toute irritation qui a fixé son siége sur les premiers. On sait avec quelle facilité les testicules s'engorgent dans tous les genres d'urèthrite : la *chaude-pisse tombée dans les bourses*, comme l'appelle le vulgaire, est un accident si commun qu'il ne surprend personne. Toute autre irritation produite dans l'urèthre, par un agent quelconque, une bougie ou une sonde, un instrument lithotriteur, un cau-

(1) A ces phlegmasies qu'on observe tous les jours, se rattachent des considérations importantes de physiologie et de pathologie que j'ai dû laisser de côté, et par suite, je n'ai pu donner à cet article les développements qu'il comporte. Je recommande à mes jeunes confrères ce sujet intéressant de recherches et d'expériences, que les devoirs de la profession ne m'ont pas permis d'entreprendre.

stique ou des scarifications, détermine souvent le même phénomène morbide. Mais, que l'irritation uréthrale provienne d'un coït impur, d'un rétrécissement ancien, de l'un des moyens propres à rétablir le diamètre du canal, ou du passage d'un instrument agissant par contusion, par pression, par frottement ou par incision, l'effet est à peu près le même. L'un des testicules, car rarement tous deux sont pris à la fois, augmente de volume, durcit et devient douloureux ; le malade éprouve la sensation d'un poids incommode et d'un tiraillement dans la direction du cordon spermatique correspondant. En général les accidents inflammatoires marchent avec rapidité : le scrotum devient rouge, luisant, douloureux au toucher : après deux ou trois jours d'un développement progressif, la tumeur reste stationnaire pendant quelque temps, après quoi elle diminue, d'une manière lente lorsque la résolution s'opère ; plus prompte quand, la suppuration ayant lieu, il survient un abcès qui s'ouvre au dehors. Du reste, la douleur, qui n'est pas toujours proportionnée à la tuméfaction, diminue et cesse même au bout de quelques jours, et le malade ne conserve qu'un sentiment de malaise, de gêne, de fatigue.

L'inflammation du testicule présente des variétés nombreuses dans son développement, sa marche, les symptômes généraux qu'elle provoque et sa terminaison.

1° Le mouvement inflammatoire n'a pas toujours lieu d'une manière aussi franche et aussi régulière que je viens de le dire. Quelquefois le malade souffre pendant plusieurs jours dans le trajet du cordon spermatique, avant que le testicule lui-même commence à se tuméfier. Il y a douleur locale, malaise général, et le gonflement ne survient qu'à une époque plus ou moins éloignée. Dans d'autres circonstances, la douleur est vive et la tuméfaction à peine sensible ; on applique des sangsues, et aussitôt le gonflement se développe avec rapidité, en même temps que la douleur diminue d'une manière notable. Comment agissent alors les sangsues ? Est-ce en relâchant, en dégorgeant les tissus, ou bien en modifiant le travail inflammatoire ? Quoi qu'il en soit, ces cas ne sont pas rares ; on peut, jusqu'à un certain point, prévoir ce qui arrivera par le fait des sangsues, et il est même utile d'en prévenir le malade.

2° La marche de l'inflammation ne varie pas moins, quel que

soit son début : tantôt elle arrive en fort peu de temps à son plus haut période, et diminue ensuite par une gradation plus ou moins rapide; tantôt elle a des alternatives d'amélioration, d'exaspération et de stagnation, dont on parvient quelquefois à découvrir la cause, mais qui souvent aussi dépendent de circonstances inappréciables. Ce dernier cas a beaucoup plus de gravité que l'autre. La marche irrégulière, et les variations dans le développement de la maladie peuvent être portées au point de tromper tous les calculs de l'expérience. Le praticien ne saurait donc se tenir trop sur la réserve, afin de ne pas voir l'événement démentir son pronostic.

On rencontre aussi des exceptions fort remarquables. Il y a des orchites légères, dont le développement irrégulier, mais assez circonscrit, est précédé et accompagné de symptômes généraux dont la gravité semble ne point être en rapport avec le travail morbide qui s'opère dans le testicule. J'ai souvent observé, dans ces cas, que les vésicules séminales et les cordons spermatiques étaient spécialement affectés, et qu'ils étaient le point de départ des phénomènes morbides, ainsi que je l'ai fait remarquer en traitant des maladies de ces organes, dans le second volume (1). A l'exception de leur intensité, un peu plus grande que quand le testicule est l'unique siége de la phlegmasie, les phénomènes sont les mêmes. Cette identité, jointe aux données qu'on acquiert en explorant les vésicules séminales par le rectum, et la continuation du même état morbide lorsque plus tard, le testicule finit par se tuméfier, sont les circonstances qui m'ont conduit à supposer une inflammation de la partie profonde des cordons spermatiques, avant même l'apparition d'aucune tumeur au dehors; j'en ai cité un exemple.

3° Dans un grand nombre de cas, l'inflammation du testicule est une maladie simple et absolument locale; à moins qu'elle n'ait acquis un grand développement, les souffrances qu'elle occasionne cessent dès les premiers jours : il ne reste qu'un état de gêne, de malaise, entretenu presque exclusivement par la tuméfaction du scrotum et le sentiment d'un poids incommode pro-

(1) Voyez pages 501 et suivantes, où j'ai relaté des faits très intéressants. Voyez aussi le traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle, p. 182.

duit par la même cause. Dans d'autres circonstances, au contraire, les symptômes locaux sont très irréguliers, et l'on voit survenir des désordres généraux, qui ne sont même point en rapport avec l'affection locale. Ainsi la fièvre, le délire et des mouvements nerveux accompagnent certaines orchites, qui paraissent d'ailleurs peu considérables. On observe à cet égard des différences nombreuses, qu'il serait inutile de passer en revue, et qu'il suffit d'indiquer d'une manière générale.

4° C'est dans la terminaison surtout qu'on rencontre des effets très dissemblables sur le compte desquels je crois nécessaire de présenter quelques observations.

Les différents modes de terminaison assignés à l'inflammation en général, peuvent avoir lieu dans l'orchite; cependant la résolution est incomparablement plus commune que toutes les autres réunies. Sous ce point de vue, j'ai obtenu des résultats qui contrastent d'une manière frappante avec les opinions émises par la plupart des auteurs. J'ai observé un très grand nombre d'orchites, soit dans la pratique de la lithotritie, soit dans les divers traitements des coarctations uréthrales, soit enfin dans l'uréthrite et dans toutes les circonstances où cet accident peut se montrer, et jamais je n'ai vu ces sortes d'inflammations se terminer par induration, squirrhe ou cancer. Cependant les auteurs citent en foule les cas de cette issue fâcheuse de l'orchite. Faut-il attribuer une telle différence au mode de traitement, ou bien la nature de la phlegmasie uréthrale, dans la gonorrhée, influerait-elle sur la terminaison de l'inflammation testiculaire? De nouveaux faits sont nécessaires pour résoudre d'aussi graves questions ; mais il ne serait pas rationnel de rapporter au hasard la longue série de ceux que j'ai recueillis pendant une période de trente-six années.

Au reste, quels que soient les moyens curatifs mis en usage, et malgré la tendance bien manifeste de la maladie à se terminer par résolution, on voit de temps en temps la suppuration s'établir ; mais cette terminaison n'a rien de grave, pourvu qu'on donne issue à la collection purulente avant que les tissus soient frappés de mort. Il convient même de remarquer que la guérison est plus prompte lorsque la suppuration a lieu, que quand un gonflement considérable se dissipe par la voie seule de la résolution.

On a cherché à expliquer de différentes manières la propagation de la phlegmasie de l'urèthre et du col de la vessie aux testicules. Les uns n'ont vu là qu'un effet purement sympathique; d'autres ont admis que l'inflammation s'étendait par voie de continuité, et ils lui ont fait parcourir successivement toute la filière des canaux spermatiques. Chacun a rapporté en faveur de son opinion et des faits et des raisonnements plus ou moins concluants, mais qui sont la plupart insuffisants pour expliquer d'une manière satisfaisante les particularités que l'expérience de tous les jours soumet à notre observation. Dans la plupart de ces théories, en effet, on n'a pas tenu compte de diverses circonstances qui paraissent exercer une influence sur la production de l'orchite consécutive à l'irritation de l'urèthre et du col de la vessie. Ainsi, lorsque la partie prostatique du canal devient le siége de la phlegmasie, les orifices des canaux déférents tombent malades, et sont par conséquent impropres à remplir leurs fonctions. Le liquide spermatique, sécrété en proportion variable, mais d'une manière continue, ne peut point être expulsé, alors même qu'il se trouve en excès dans ses réservoirs. De là naissent un état permanent d'irritation et un trouble dans les fonctions des testicules, qui se joignent aux désordres inflammatoires constituant l'orchite. Quoi qu'il en soit, je suis loin de contester l'influence sympathique établie par des faits nombreux, tant pour le testicule que pour beaucoup d'autres organes. Ce serait également se refuser à l'évidence que de nier la possibilité qu'une phlegmasie uréthrale se transmette par voie de continuité, le long des cordons spermatiques, jusqu'aux testicules, ainsi que le pense M. Roux, et j'ai même observé cette transmission dans un assez grand nombre de cas; mais il existe beaucoup d'incertitude sur ce point.

Si l'on passe en revue les cas nombreux dans lesquels les testicules se sont engorgés, on verra qu'il existe entre cet accident et l'état préalable de la prostate et de l'extrémité des canaux déférents, une connexité et des rapports qui rendent raison du phénomène. L'état morbide des uns constitue pour les autres une prédisposition à la phlegmasie (1). En effet, les testicules devien-

(1) Voyez le t. II, p. 213, l'influence des lésions de la prostate sur les organes génitaux.

nent malades lorsqu'un instrument ou tout autre agent thérapeutique agit avec force sur la partie de l'urèthre voisine du col vésical, quand des manœuvres malhabiles ont provoqué dans le canal quelqu'une de ces lésions profondes qui entretiennent pendant longtemps une irritation au col de la vessie, et surtout lorsque, par l'effet d'un rétrécissement ancien, la partie prostatique de l'urèthre a éprouvé de graves désordres, et que la prostate a été envahie par un état morbide permanent.

Je ne dois pas omettre non plus les rapports qui existent entre l'intensité de la phlegmasie testiculaire et l'état aigu ou chronique de l'uréthrite qui l'a précédée. Je répète encore qu'il ne faut point perdre de vue aussi les difficultés que l'état morbide de la prostate apporte à l'éjaculation, et les effets qui peuvent résulter de ces difficultés dans la production de l'orchite. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'émission du sperme occasionne alors une sensation pénible et douloureuse, et qu'elle entraîne un état de malaise, de faiblesse et d'abattement. On n'a fait aucune attention à cette circonstance, qui mérite cependant qu'on y ait égard. Que l'éjaculation soit spontanée ou provoquée par le coït, le résultat est le même; la douleur, le malaise, la fatigue, l'anxiété qu'elle détermine, se prolongent quelquefois pendant plusieurs jours.

L'indication de ces faits suffit ici : je les ai longuement discutés dans le second volume. (*Maladie des vésicules séminales.*)

Rien assurément n'est mieux prouvé que l'influence réciproque de l'urèthre, du col vésical et des testicules. L'observation constate cependant un fait qu'il importe de signaler, savoir, que l'irritation, même profonde, de l'urèthre ne suffit pas en général pour produire l'engorgement testiculaire; mais elle constitue principalement une prédisposition, à la faveur de laquelle une simple pression, la plus légère contusion sur l'organe ou même sur le cordon, peuvent ensuite déterminer le mouvement inflammatoire, c'est une observation que j'ai eu souvent occasion de répéter dans l'application de la lithotritie et dans le traitement des coarctations uréthrales. Lorsqu'un malade a soin de porter un suspensoire, et qu'il use de toutes les précautions nécessaires pour ne pas froisser le testicule, rarement celui-ci s'engorge-t-il, lors même que l'irritation uréthrale a été très vive,

tandis que les hommes sans précaution à ce sujet, sont souvent atteints d'orchite : j'en ai vu qui, ayant cessé trop tôt l'usage du suspensoire, et s'étant abandonnés à la marche, ont eu, quinze jours ou même trois semaines après, une inflammation très intense du testicule, dont aucune trace ne s'était manifestée pendant le cours du traitement : chez d'autres, l'engorgement testiculaire s'est déclaré à la suite d'un coït trop rapproché du jour de l'opération : chez d'autres encore, la reprise d'un bandage herniaire, qu'ils avaient quitté pendant le traitement, a suffi pour produire un effet analogue. Dans quelques cas même, la tuméfaction du testicule se manifeste sans nulle cause appréciable, et d'une manière pour ainsi dire instantanée. Entre autres exemples, j'en ai observé un fort remarquable, en novembre 1836, chez un vieillard de quatre-vingt-onze ans, qu'on sondait déjà depuis quelque temps, toutes les fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner : l'introduction de la sonde était facile et peu douloureuse; c'était toujours la même personne qui faisait l'opération. Tout à coup survint un gonflement des deux testicules, avec épanchement, mais sans douleurs; on se contenta de soutenir ces organes et de les recouvrir d'un cataplasme : en deux jours la tuméfaction disparut.

En pareil cas il y a plutôt épanchement dans la tunique vaginale qu'inflammation proprement dite du testicule; or, cet épanchement n'est pas rare.

Plus d'une fois j'ai vu les deux états coïncider ensemble; mais, bien que l'hydrocèle soit le plus souvent la conséquence de l'autre, il s'est offert à moi quelques exemples d'engorgements testiculaires survenus chez des malades atteints d'une hydrocèle, qui même a disparu avec l'inflammation consécutive.

§ 2. — Traitement.

1° Quelle que soit la cause de l'orchite, le premier soin du chirurgien doit être de faire avorter l'inflammation : on y parvient souvent lorsqu'on a été appelé à temps, et qu'il n'y a encore qu'une légère secousse produite. Si le gonflement est à son début, s'il y a exaltation de la sensibilité, sensation de malaise, tiraillements dans le cordon correspondant, plutôt

que véritable douleur, un repos absolu, la position couchée, des cataplasmes froids, un soin extrême de tenir les testicules relevés et d'éviter les tiraillements des cordons, suffisent souvent pour enrayer la maladie, et prévenir le développement des phénomènes morbides.

2° Si ce traitement n'a point le succès qu'on en attend, ou si les progrès de la phlegmasie, au moment où l'on est appelé, n'ont point permis d'obtenir ce résultat, c'est à la méthode antiphlogistique qu'il faut d'abord recourir en la proportionnant à l'intensité de la maladie et à l'état général du sujet. L'usage des purgatifs devient ensuite très utile.

D'abord une application de sangsues sur la partie la plus tuméfiée et la plus douloureuse a pour effet de diminuer la douleur, qui cesse même quelquefois en peu d'heures. Ce résultat a d'autant plus d'importance qu'ici les douleurs sont accompagnées d'angoisses excessivement pénibles, de sorte que si une première application de sangsues ne suffit pas, il ne faut point hésiter à en faire une seconde, même une troisième. Lorsque la douleur est calmée, on se borne à des applications émollientes d'abord, puis résolutives, tout en observant les précautions qui ont été indiquées plus haut, c'est-à-dire retenant le malade au lit, suspendant le testicule engorgé, et veillant à ce que le ventre reste libre. Le gonflement, qui avait augmenté par suite de l'application des sangsues, reste stationnaire pendant quelque temps, et diminue progressivement ensuite ; lorsque l'inflammation doit se terminer par résolution, on favorise celle-ci par l'emploi des fumigations, en plaçant la partie tuméfiée sur l'ouverture d'un vase dans lequel on a mis un mélange à parties égales, de vinaigre et d'eau bouillante. Quelques frictions avec la pommade mercurielle, vers la fin du traitement, m'ont paru favorables, mais dans un petit nombre de cas seulement. J'ai presque entièrement renoncé à l'usage des bains : quelque précaution qu'on prenne dans les mouvements que leur emploi réclame, les cordons testiculaires sont tiraillés, et de là résulte plus de mal que le bain ne fait de bien. Tous les moyens de compression dont on a proposé l'usage m'ont paru plus nuisibles qu'utiles.

3° Cependant les malades continuent de souffrir malgré les saignées locales. Ce phénomène peut tenir à deux causes : tantôt

les cordons et les vésicules séminales sont plus profondément atteints qu'on ne l'avait supposé, et alors le cas peut devenir grave, car on doit redouter la formation d'abcès profondément situés dans le petit bassin, qui pourraient entraîner la perte du malade; tantôt la douleur résulte d'une distension excessive des enveloppes du testicule. Il me paraît utile de rappeler une circonstance particulière qui m'a fourni l'occasion de constater un fait important. L'un de mes confrères, le docteur Rousset, était soumis à la lithotritie et présentait un cas fort grave, parce qu'il y avait plusieurs pierres, engorgement de la prostate, catarrhe de vessie, irritabilité excessive de l'urèthre, conditions défavorables, en raison desquelles j'avais hésité pendant longtemps à mettre en usage la nouvelle méthode, qui eut cependant tout le succès qu'on pouvait attendre d'elle; mais le traitement fut interrompu par un engorgement considérable du testicule : la tension des enveloppes était extrême, le malade croyait sentir de la fluctuation, et il souffrait tellement, qu'il avait pris le parti d'exécuter la ponction, quoi qu'il pût en advenir. La prudence voulant qu'on l'empêchât de pratiquer lui-même cette opération, je me décidai à faire une très petite ouverture au moyen d'une lancette : il sortit une grande quantité de sérosité roussâtre, mais n'offrant rien de purulent. Le malade fut soulagé presque immédiatement. Le lendemain il voulut qu'on pratiquât d'autres mouchetures sur les points qui ne s'étaient pas dégorgés la veille; le résultat ne fut pas moins heureux, et dès ce moment M. Rousset cessa de souffrir, ou du moins il n'éprouva que les douleurs qui accompagnent la production du pus; car définitivement il se forma un abcès. Ce résultat m'impressionna vivement. Depuis cette époque, j'ai eu souvent occasion de faire des mouchetures lorsque la tension des enveloppes testiculaires était assez considérable pour provoquer de la douleur, et toujours l'issue a été heureuse; dans quelques cas même, je suis parvenu à empêcher ainsi la suppuration, lorsque l'intensité des premiers symptômes semblait annoncer l'imminence de ce mode de terminaison (1).

(1) Je reproduis l'observation de M. Roussel et les courtes remarques qui la terminent, tels que je les ai publiées en 1837, p. 424 du Ier vol. de mon *Traité pratique*. Ce fait, que le hasard m'a offert, n'a pas besoin de commen-

Je ne saurais dire le nombre de malades que j'ai traités de cette manière, depuis près de trente années, tant à l'hôpital où ces opérations ont eu de nombreux témoins, que dans la pratique particulière ; mais ce que je puis assurer c'est qu'ayant de fort nombreuses occasions d'observer des orchites, j'ai eu souvent recours aux mouchetures plus ou moins profondes : qu'elles agissent en dégorgeant les tissus, en faisant cesser la tension des tuniques enflammées du scrotum, ou en débarrassant le testicule d'une compression pénible, comme le pensent quelques chirurgiens; ou qu'elles aient tout autre mode d'action, il est certain qu'elles soulagent, qu'elles font cesser les accidents, surtout la douleur et ses suites, et cet effet se reproduit à chaque application. Elles concourent à prévenir la formation d'un abcès, et elles abrégent la durée du traitement, c'est plus qu'il n'en faut pour que le praticien y doive recourir. Mais ce serait dépasser le but, que d'en faire une méthode générale et exclusive, ainsi que le veut M. Velpeau, qui disait en 1844 : *Aucun des malades entrés à la Charité avec une orchite aiguë, n'en est sorti sans avoir été soumis aux piqûres de lancettes;* et il ajoute : *Je puis affirmer qu'aucun d'eux n'en a éprouvé le moindre accident* (1) On pensera peut-être que c'est vouloir prouver beaucoup trop, surtout dans certains cas, et en procédant comme le prescrit le chirurgien de la Charité; il s'exprime ainsi : « Si, au début de cette pratique, je prenais toutes les précautions imaginables pour éviter le testicule, il m'est souvent arrivé par la suite, de piquer la tumeur sur un ou plusieurs points, quoiqu'aucun *épanchement n'existât entre les feuillets de la tunique vaginale.* » L'auteur pense, d'un autre côté, et sans tenir compte de ce qu'il avait *imprimé en* 1839 (2), « que de simples piqûres de la tunique albuginée et de la pulpe testiculaire n'entraînent aucun danger; que, produites par une pointe de lancette ou de tout autre instrument étroit et bien tran-

taires ; il révèle à lui seul la cause de l'un des plus importants caractères de la maladie, et il ouvre une nouvelle voie à la thérapeutique des engorgements testiculaires. J'en ai embrassé immédiatement toute l'importance, et, dès le lendemain, j'étais en possession d'un moyen puissant, dont le succès m'était garanti par le fait même qui me l'avait suggéré.

(1) *Dictionnaire de médecine*, en 21 volumes, 2e édition, p. 460.

(2) *Médecine opératoire*, t. IV, p. 275. L'auteur disait : « La douleur qui » en résulte (des piqûres des testicules), fort vive dans certain cas, offre un

chant, elles se cicatrisent tout aussi bien que sur la peau ou le tissu cellulaire (1). »

Mais à quoi bon ces ponctions, puisqu'il n'y a ni tension des tissus, ni collection de liquide? A quoi bon faire des plaies pour se donner la satisfaction d'affirmer qu'elles se cicatrisent facilement? Une telle pratique ne peut-elle pas devenir plus ou moins compromettante?

Je ne saurais trop répéter que le chirurgien doit s'en tenir à la pratique prudente que j'ai recommandée et ne recourir à l'opération que lorsqu'elle est réellement indiquée par la tension des parties et par la force des douleurs. Il importe surtout de ne pas temporiser et de ne pas perdre de vue que le procédé des mouchetures bien faites, est sûr, facile, peu douloureux, sans danger, et qu'il réussit d'autant mieux qu'on l'applique plus tôt.

Il est généralement facile de déterminer, même avec précision, les limites d'application de cette méthode; il suffit de se rappeler qu'un grand nombre d'orchites, prises à temps et convenablement traitées, se terminent par avortement; qu'un nombre plus grand encore de ces phlegmasies ont une marche bénigne et une terminaison assez prompte par résolution. Il n'y a donc en réalité que quelques espèces d'orchites parvenues à un certain degré de développement, contre lesquelles les mouchetures sont manifestement indiquées (2).

» caractère particulier qui ne permet pas de s'y tromper. L'organe s'enflamme » quelquefois violemment, il peut tomber en fonte purulente. »

(1) L'enthousiasme de M. Velpeau pour les mouchetures scrotales paraît l'entraîner beaucoup trop loin :

« Chose assez étrange néanmoins, ajoute-t-il p. 460, c'est que, même » quand la tunique vaginale est libre, quand il ne s'écoule par la piqûre que » quelques gouttelettes de sang, ou encore quand il ne s'écoule rien du tout, » les malades en éprouvent également, en général, un mieux incontestable. »

La douleur de l'opération lui paraît insignifiante : « C'est à tel point, dit- » il, que les malades les plus effrayés à l'idée d'une opération, se mettent » presque tous à rire de leur frayeur aussitôt après. La plupart d'entre eux » *me disent n'avoir rien senti du tout.* » *Loc. cit.*, p. 462. On a beau y regarder de près, suivant le vœu exprimé par l'auteur, il est impossible d'apercevoir tout cela, du moins en général.

(2) M. Velpeau s'exprimait ainsi en 1844, *loc. cit.*, p. 458 : « Le traitement » que je vais exposer aura, je ne me le dissimule pas, de la peine à conquérir » tout d'abord les sympathies des praticiens On pourra même, je l'avoue, être » étonné de me voir le proposer. »

On a été étonné, en effet, de voir le chirurgien de la Charité subitement

4° Quand l'inflammation n'a pas l'allure franche et régulière qu'on observe ordinairement, on doit se borner à suivre la marche des phénomènes morbides, et comme ils ne présentent rien de fort alarmant, il suffit de faire quelques applications émollientes, et de prescrire un traitement général approprié à l'état du sujet, seulement il faut bien se garder de pronostiquer, car le résultat s'éloigne fort souvent de ce qu'avaient fait entrevoir les premiers symptômes. Fréquemment, après quelques jours de cet état incertain et irrégulier, sans augmentation sensible de la tumeur testiculaire, après quelques douleurs sourdes, profondes et vagues, réagissant sur l'état général du malade, on voit apparaître subitement, et sans cause appréciable, une tuméfaction

et vivement épris d'amour pour une méthode dont il n'avait même pas fait mention, en 1839, dans sa *Médecine opératoire*, bien qu'elle fût connue et appliquée tous les jours, depuis plusieurs années. Faut-il ajouter que ce chirurgien attache aujourd'hui un intérêt tout particulier à l'invention de cette méthode? Il déclare *l'avoir imaginée* en 1836 ou 1835 (il n'en est pas certain), « dans le but de déterminer en quelle proportion l'hydrocèle aiguë devait entrer dans le volume total de la tumeur des individus affectés d'orchite. » *Loc cit.*, p. 460.

M. Velpeau sait parfaitement que les titres aux découvertes n'ont de valeur qu'autant qu'ils ont une date authentique.

L'ouvrage dans lequel mes titres sont déposés, parut en 1837. *Traité pratique sur les maladies des organes genito-urinaires*, t. I, p. 424. Ce n'est que sept ans après, en 1844, que M. Velpeau fait connaître les siens. *Loc. cit.*, p. 458 et suiv.

C'est ici une affaire de dates, et l'on ne saurait me contester le droit de reprendre mon bien où je le trouve, ainsi que je l'ai fait au sujet des phlegmasies musculaires et articulaires, à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre. Voyez l'article précédent, p. 399.)

Du reste, empressons-nous de reconnaître que, si M. le professeur Velpeau s'attribue et se laisse attribuer par ses amis, des travaux appartenant aux spécialistes, il a adopté, pour la prise de possession, des formes plus douces que celles qu'il employait jadis, au sujet, par exemple, de certains procédés relatifs à la lithotritie. Il avait surtout à cœur de prendre ces procédés sous son patronage, afin de les retirer des mains de ceux qu'il appelait les infidèles, les exploitateurs intéressés de la pratique chirurgicale, pour lesquels, ajoutait-il, les opérations étaient devenues un objet de spéculation industrielle, bien plus qu'un sujet de recherches véritablement scientifiques. (*Médecine opératoire*, t. IV, p. 641, 647.

En 1840 et 1844, il épargne aux spécialistes les épithètes de son choix; il les honore même de son sourire : mais ceux-ci, de leur côté, ont à se plaindre d'un manque de ressemblance dans le portrait que le *Journal des Débats* nous a donné de lui. (Voir l'art. précédent, page citée. M. Velpeau n'approche pas des nouveautés de la science dans l'unique but d'en constater la valeur pratique. Il écrivait, en 1840, qu'il était le seul à avoir parlé des accidents du cathétérisme; et en 1844, il disait qu'il avait imaginé les mouchetures scrotales.

considérable et rapide; cette exacerbation peut se manifester aussi après une saignée locale ou l'emploi d'un topique, et le malade ne manque pas d'attribuer l'accident aux moyens curatifs, tandis qu'il résulte de la marche accidentelle de la maladie. Ces sortes d'engorgements testiculaires sont heureusement rares, car, malgré les traitements les plus méthodiques, ils marchent lentement, irrégulièrement, et se terminent le plus souvent par une suppuration irrégulière et abondante.

J'ai dit que cette terminaison n'avait ordinairement rien de grave : il est toujours facile de reconnaître la fluctuation ; dans le doute il vaut mieux agir plus tôt que plus tard ; il importe surtout de ne pas laisser l'abcès s'ouvrir de lui-même ; à plus forte raison ne doit-on pas attendre que les téguments soient décolés.

Il n'est pas rare qu'une grande partie des vaisseaux séminifères du testicule soient entraînés par la suppuration ; souvent même ils sortent par paquets qui obstruent l'ouverture de l'abcès, et l'on est obligé, tantôt d'en faire la résection, tantôt de les repousser ou d'en faciliter la sortie, afin de laisser une libre issue à la matière purulente. Une cicatrice profonde unit alors les testicules aux téguments, et les tissus environnants conservent pendant longtemps un peu de dureté.

Dans quelques cas, heureusement rares, la plaie ne se ferme pas d'une manière complète, et le malade conserve une sorte de fistule spermatique. Chez un sexagénaire entre autres, le suintement n'était pas continuel ; au bout de deux ou trois jours, la petite plaie se fermait ; mais, quelque temps après, un bouton se développait, s'ouvrait spontanément, et ainsi de suite. Le même état de choses a duré deux années, sans autre accident.

L'avortement, la résolution de la phlegmasie, dans la grande majorité des cas, et la suppuration, dans quelques-uns, sont les seuls modes de terminaison que j'aie observés, et cependant j'ai traité plusieurs milliers d'orchites simples par les moyens que je viens d'indiquer. Ici le résultat contraste notablement avec ce qu'observent d'autres praticiens, et avec les faits consignés dans les auteurs. On voit, en effet, qu'un certain nombre d'orchites se terminent par induration, squirrhe ou cancer.

5° Chez les sujets tuberculeux, les affections des testicules, ac-

compagnées presque toujours de lésions analogues dans les cordons spermatiques et les vésicules séminales, présentent des caractères spéciaux, et se terminent trop souvent d'une manière fâcheuse. J'indique seulement ce sujet dont je me suis occupé dans l'étude des maladies de la prostate, et plus particulièrement de celles des organes génitaux (voy. t. II).

§ 3. — États morbides divers du testicule.

Je me borne à ces considérations générales sur l'inflammation aiguë des testicules, considérée comme accident des maladies de l'urèthre et du col de la vessie.

Quant aux autres lésions dont les testicules sont susceptibles, leur exposition m'entraînerait hors des limites de mon sujet; il me suffira de noter que les engorgements ou autres lésions de ces organes et de leurs annexes se présentent quelquefois sous le mode chronique. Or, si l'orchite aiguë et les causes qui la provoquent ont été appréciées comme elles devaient l'être, il n'en est pas de même de l'état chronique, sur lequel j'ai été à portée de recueillir quelques observations.

a. Les lésions superficielles, mais prolongées, de l'urèthre, les manœuvres ou opérations les plus régulières, mais souvent répétées, quoique ne produisant qu'une action instantanée, ou n'agissant que sur des tissus incapables d'irradier de fortes sympathies, exercent sur les organes de la génération une action lente, mais prolongée, qui, à force de se répéter, finit par amener des désordres extrêmement graves.

b. On voit fréquemment les maladies organiques de la prostate et du col vésical entraîner tantôt l'atrophie, tantôt un engorgement notable des testicules, mais à l'état chronique et pour ainsi dire stationnaire.

c. Les lésions auxquelles la cystotomie expose le col vésical occasionnent, dans les organes et les fonctions de la génération, des désordres graves, qu'on attribue, sans doute d'une manière trop exclusive, à la division de l'un des conduits éjaculateurs. Si cette opinion était fondée, il n'y aurait jamais que le testicule correspondant qui pût être atteint; or plus d'une fois on a vu les deux testicules s'atrophier après la taille périnéale.

d. Les cautérisations répétées, les scarifications, et surtout la dilatation forcée des parois uréthrales exercent, sur les organes sécréteurs du sperme, et sur leurs canaux excréteurs, une action qu'on n'avait point prévue, qu'on n'a pas suffisamment étudiée, et qui est très remarquable. J'avais déjà observé que des malades soumis pendant longtemps à l'emploi du caustique dans l'urèthre perdaient leur faculté génitale; quelques-uns accusaient en même temps, des douleurs vagues et passagères, soit dans les testicules, soit dans les cordons, vers les aines. Ces premiers faits passèrent inaperçus; mais, en se multipliant, ils fixèrent davantage mon attention, et je ne tardai pas à reconnaître que les désordres étaient d'autant plus fréquents et plus marqués que le caustique avait exercé sur les parois uréthrales une action plus profonde et plus souvent répétée. Bientôt j'eus à traiter pour les mêmes accidents des malades qu'on avait soumis à l'action du scarificateur, et d'autres chez lesquels on avait employé les procédés de la dilatation forcée et de la lacération contre les rétrécissements uréthraux; dans ces cas, les accidents furent plus graves et plus opiniâtres, quelques-uns même résistèrent à toutes les ressources de l'art. Il s'est présenté presque en même temps, dans le service des calculeux, deux malades de ce genre, qui se croyaient atteints de la pierre, parce que leurs souffrances ne cessaient d'aller en croissant, quelque traitement qu'on employât. L'un d'eux avait été soumis à des cautérisations fortes et prolongées, soit à la courbure de l'urèthre, soit au col vésical; ses testicules étaient devenus ensuite tellement sensibles, qu'il ne pouvait ni rapprocher les cuisses, ni supporter le contact des vêtements. L'emploi de tous les calmants, de tous les antiphlogistiques, ne put détruire cette sensibilité, et le malade sortit de l'hôpital sans presque avoir obtenu d'amélioration. L'état de l'autre sujet était plus grave encore : il avait été traité pendant longtemps par les scarifications uréthrales, qui, ne produisant pas l'effet qu'on attendait d'elles, avaient été beaucoup plus multipliées et plus profondes qu'on ne les fait d'ordinaire. Non-seulement le malade ne recouvra pas la faculté d'uriner plus facilement, ni de rendre une urine plus naturelle qu'avant le traitement, mais encore il lui survint dans les organes de la génération, des douleurs si vives et tellement poignantes qu'elles fixaient seules toute son

attention. Il y avait aux cordons une tuméfaction inégale, une induration manifeste; et en même temps une augmentation notable de la sensibilité. Mais c'était principalement sur les testicules que portait la maladie : à peine pouvait-on y toucher sans déterminer de vives douleurs; ils étaient durs, volumineux et bosselés, surtout celui du côté droit; de plus, le malade était atteint d'une œdématie générale, avec dyspnée et perte d'appétit. Dans ce cas, comme dans le précédent, tous les moyens furent inutiles.

Les trop nombreuses tentatives qui ont été faites dans ces derniers temps pour forcer, par la violence, les obstacles uréthraux, mettent sous nos yeux des désordres semblables à ceux que présentaient les malades précédents. J'ai employé beaucoup de moyens curatifs dans ces circonstances, et trop souvent ils ont trompé mon espoir. Je n'ai obtenu quelques succès qu'en agissant dans l'urèthre, soit pour en diminuer la sensibilité, soit pour rétablir l'élasticité de ses parois.

Le fait suivant, que j'emprunte à l'un de nos journaux, prouve combien il est parfois difficile d'établir un diagnostic certain, et combien aussi on doit se défier des douleurs lancinantes, symptôme prétendu caractéristique du cancer, dont se plaignent quelques malades.

Un étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans, contracta un écoulement vénérien, à la suite duquel le testicule droit se gonfla. Trois traitements antisyphilitiques furent sans résultat. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu, où l'on considéra l'affection testiculaire comme vénérienne : il y avait des fourmillements et des douleurs lancinantes; le malade se croyait attaqué d'un sarcocèle, et demandait qu'on lui fît l'opération. Dupuytren, Breschet et Astley Cooper, qui était alors à Paris, se consultèrent, et il fut résolu qu'on tenterait de nouvelles frictions mercurielles; mais le malade persistait à demander l'ablation du testicule, et comme on la lui refusa, il se rendit dans un autre hôpital. Le testicule avait alors le volume du poing : il était de forme ovale et inégal à la surface; un peu de fluctuation à la partie antérieure. Les traitements prescrits et suivis n'ayant abouti à rien, on prit le parti d'amputer. On trouva le cordon sain, et un peu de sérosité dans la tunique vaginale; la presque

totalité de la glande était saine ; mais il existait, à sa partie antérieure, un tubercule de la grosseur d'une fève et entouré d'un endurcissement très marqué. Le malade dut regretter d'avoir demandé l'opération avec tant d'insistance.

FIN DU TROISIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU TROISIÈME VOLUME.

MALADIES DU CORPS DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER. — Tumeurs formées par la vessie..... 1

Art. Ier. — Du développement irrégulier de la vessie..... 1

Art. II. — Des cellules vésicales..... 5

§ 1. Causes..... 14

§ 2. Diagnostic..... 16

§ 3. Traitement..... 29

Art. III. — Des hernies de la vessie..... 32

1° Hernies vésicales, chez l'homme..... 33

2° Hernies vésicales, chez la femme..... 39

CHAP. II. — Abcès dans l'épaisseur des parois vésicales..... 47

§ 1. Siége..... 47

§ 2. Causes..... 49

§ 3. Diagnostic..... 54

§ 4. Modes de terminaison..... 63

§ 5. Traitement..... 70

CHAP. III. — Induration et épaississement partiels des parois vésicales. 74

CHAP. IV. — Hypertrophie, atrophie et ulcération des parois de la vessie..... 80

Art. Ier. — Capacité de la vessie, épaisseur et coloration de ses parois..... 80

Art. II. — Ulcération et perforations de la vessie, épanchements spontanés d'urine..... 86

CHAP. V. — Des fongus de la vessie..... 96

Art. Ier. — Description générale des fongus vésicaux..... 98

Art. II. — Des causes des fongus de la vessie..... 115
Art. III. — Diagnostic des fongus de la vessie..... 117
§ 1. Symptômes..... 118
§ 2. Exploration directe..... 132
A. Fongus au col de la vessie..... 133
B. Fongus dans l'intérieur de la vessie..... 144
Art. IV. — Du traitement des fongus vésicaux..... 147
§ 1. Fongus au col de la vessie ou dans le voisinage de l'orifice uréthral..... 149
1° Ligature..... 149
2° Arrachement..... 151
3° Écrasement..... 157
4° Cautérisation..... 161
§ 2. Fongus du corps de la vessie..... 162
§ 3. Cas compliqués..... 166
§ 4. Fongus vésicaux, chez la femme..... 174
§ 5. Tumeurs fongueuses considérables, inaccessibles aux opérations..... 175
1° Cathétérisme, ses difficultés et ses dangers..... 176
2° Conduite à tenir, après l'introduction de la sonde, pour rétablir les fonctions de la vessie..... 183
3° Traitement consécutif..... 186
4° Appréciation de la nouvelle méthode de traiter les fongus de la vessie..... 190

CHAP. VI. — Du squirre et du cancer de la vessie..... 192
Art. Ier. — Diagnostic..... 211
Art. II. — Traitement..... 216

CHAP. VII. — Du séjour forcé de l'urine dans la vessie..... 220
Art. Ier. — De la stagnation de l'urine..... 222
§ 1. Stagnation de l'urine avec amincissement primitif des parois vésicales..... 224
1° Cas simples..... 224
A. Diagnostic..... 225
B. Traitement..... 232
C. Reproches adressés au traitement..... 243
D. Moyens accessoires..... 246
§ 2. Stagnation de l'urine, avec hypertrophie des parois vésicales. 252
2° Cas compliqués..... 261
A. Stagnation de l'urine, avec affaiblissement et délabrement de la santé générale..... 261

B. Atonie de la vessie, avec rétrécissement et autres maladies de l'urèthre.... 269
C. Atonie de la vessie, avec lésions de la prostate et du col vésical.... 273
D. Atonie de la vessie, chez les calculeux.... 276
E. Atonie de la vessie, avec fongus, tumeurs et autres états morbides des parois vésicales.... 277
F. Atonie simultanée de la vessie et du rectum.... 279
G. Atonie de la vessie, provoquée par des affections des centres nerveux.... 281
Art. II. — De la rétention d'urine.... 290
§ 1. Symptômes et marche de la rétention d'urine, dans les cas d'angustie de l'urèthre ou de déformation du col de la vessie.. 292
§ 2. Diagnostic.... 298
§ 3. Traitement.... 300
1° Rétrécissements organiques de l'urèthre.... 301
2° États spasmodiques de l'urèthre et du col vésical.... 303
3° Lésions de l'urèthre.... 305
4° Lésions de la prostate et du col vésical.... 307
Art. III. — Des conséquences indirectes ou médiates de la stagnation et de la rétention d'urine.... 310
I. Effets sur les reins et sur les uretères.... 311
II. Effets sur les téguments.... 312
III. Effets sur le cerveau, le poumon et le cœur.... 315

CHAP. VIII. — De l'incontinence d'urine.... 316

Art. Ier. — Diagnostic.... 318
Art. II. — De diverses espèces d'incontinence d'urine.... 322
I. Incontinence d'urine, à la suite de la paralysie de la vessie.. 322
II. Incontinence d'urine, à la suite de la rétention d'urine.... 325
III. Incontinence d'urine, à la suite de la contusion ou de la dilatation forcée de l'urèthre.... 327
IV. Incontinence d'urine, par suite de l'atonie avec dilatation de la partie profonde de l'urèthre.... 329
V. Incontinence d'urine à la suite des lésions de la prostate, des barrières uréthro-vésicales et des affections graves du corps de la vessie.... 330
VI. Incontinence d'urine, chez les calculeux.... 332
VII. Incontinence d'urine, dans quelques maladies graves, étrangères à l'appareil urinaire.... 333
VIII. Incontinence d'urine, sans plénitude de la vessie.... 334
Art. III. — De l'incontinence d'urine, chez les femmes.... 337

Art. IV. — De l'incontinence d'urine, chez les enfants..... 340
Art. V. — Remarques sur le traitement général de l'incontinence d'urine..... 346
Art. VI. — Traitement palliatif de l'incontinence d'urine..... 352

CHAP. IX. — De l'hématurie..... 354
Art. Ier. — Du diagnostic de l'hématurie..... 355
Art. II. — Des différentes espèces d'hématurie..... 364
I. Hématurie, par suite de névralgie de l'urèthre, des rétrécissements de ce canal et de l'atonie de la vessie..... 364
II. Hématurie, chez les calculeux..... 373
III. Hématurie, par suite de lésions organiques..... 374
IV. Hématurie, dans l'inflammation de la vessie..... 381
V. Hématurie, à la suite de coups, de violences, d'ébranlement. 382
VI. Hématurie dépendante des variations atmosphériques..... 383
VII. Hématurie, par lésion de la vessie dans le cathétérisme.... 384
VIII. Hématurie périodique..... 385
IX. Hématurie critique..... 387
Art. III. — De la fréquence relative de l'hématurie aux différents âges de la vie..... 388
Art. IV. — Du diagnostic de l'hématurie..... 389
Art. V. — Du traitement de l'hématurie..... 391

CHAP. X. — Du catarrhe vésical et de la cystite..... 404
Art. Ier. — Description de la maladie..... 404
§ 1. Catarrhe chronique..... 405
1° Caractères généraux..... 405
2° Diagnostic..... 412
A. Dépôts muqueux..... 412
B. Dépôts puriformes..... 415
C. Dépôts purulents..... 417
D. Symptômes concomitants..... 419
3° Marche et pronostic..... 421
§ 2. Cystite aiguë..... 423
1° Caractères généraux..... 423
2° Diagnostic..... 424
3° Marche et pronostic..... 429
Art. II. — Anatomie pathologique du catarrhe vésical..... 431
Art. III. — Des différentes espèces de catarrhe vésical..... 438
§ 1. Catarrhe vésical produit par un état névralgique de l'urèthre et du col de la vessie..... 439
§ 2. Catarrhe vésical produit par les rétrécissements organiques ou par l'induration des parois de l'urèthre..... 440

§ 3. Catarrhe vésical produit par les maladies de la prostate et du col de la vessie..... 431
1° Catarrhe partiel..... 433
2° Catarrhe occupant toute la surface interne de la vessie.... 436
§ 4. Catarrhe vésical consécutif aux maladies des organes génitaux. 439
§ 5. Catarrhe vésical produit par des tumeurs fongueuses ou autres de l'intérieur de la vessie..... 463
§ 6. Catarrhe vésical déterminé par des calculs urinaires..... 467
§ 7. Catarrhe vésical produit par l'excès ou le défaut de contractilité des parois vésicales..... 471
A. Catarrhe, avec hypertrophie des parois de la vessie..... 471
B. Catarrhe, avec atonie ou paralysie incomplète de la vessie.. 473
§ 8. Catarrhe vésical produit par des causes indirectes..... 485
Art. IV. — Du catarrhe vésical chez les femmes..... 492
Art. V. — Du catarrhe vésical chez les enfants..... 494
Art. VI. — Du traitement général du catarrhe vésical..... 495
1° Antiphlogistiques..... 496
2° Narcotiques..... 498
3° Balsamiques..... 498
4° Révulsifs..... 504
5° Injections vésicales..... 506
6° Irrigations vésicales..... 522
7° Cautérisation de la vessie avec le nitrate d'argent à l'état solide..... 523
8° Eaux minérales..... 525
9° Pareira brava..... 526
10° Iode..... 526
11° Quinquina..... 527
Art. VII. — Accidents qui peuvent arriver pendant le traitement du catarrhe vésical..... 527

CHAP. XI. — De la fièvre et de quelques phlegmasies spéciales qu'on observe dans les maladies des organes génito-urinaires..... 533

Art. 1er. — De la fièvre..... 534
§ 1. De la fièvre observée dans le cours des maladies des organes urinaires..... 534
§ 2. De la fièvre, à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre ou dans la vessie..... 539
§ 3. Causes de la fièvre d'accès..... 540
§ 4. Diagnostic et variétés de la fièvre..... 546
Cas simples..... 546
Cas graves..... 548

Cas exceptionnels..... 548
Cas compliqués..... 551
§ 5. Traitement de la fièvre..... 557
1° Considérations préliminaires..... 557
2° Traitement préparatoire..... 560
3° Traitement curatif..... 567
4° De quelques modifications apportées au traitement de la fièvre uréthro-vésicale..... 575
Art. II. — De quelques phlegmasies peu connues, à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre et dans la vessie..... 584
Première série de cas..... 585
Deuxième série de cas..... 600
Remarque sur la 2e série de faits..... 608
§ 1. Des causes des phlegmasies musculaires et articulaires consécutives..... 610
§ 2. Traitement des phlegmasies articulaires et musculaires consécutives..... 615
1° Considérations préliminaires..... 615
2° Traitement de la phlegmasie musculaire..... 621
3° Traitement de la phlegmasie articulaire..... 624
Art. III. — Des engorgements du testicule et du cordon spermatique pendant le traitement des maladies de l'urèthre..... 626
§ 1. Phlegmasie aiguë..... 626
§ 2. Traitement..... 632
§ 3. États morbides divers du testicule..... 639

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

N28 Civiale, J. 11601
C58 Maladies des organes
1860 genito-urinaires.
vol. 3

NAME	DATE DUE

ATTIC
ATTIC